

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA
DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

RELACION ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT CON LA SATISFACION LABORAL
Y EL PATRON DE CONDUCTA EN MÉDICOS RESIDENTES Y EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO DURANTE JUNIO - JULIO DEL 2011.

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO
DE MEDICO CIRUJANO

LUCERO VASCO ZULLY MORAYMA
RIVERA ZAMBRANO FRANCISCO XAVIER

DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO

QUITO 2011

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS.....	8-9
DEDICATORIA.....	10
LISTA DE TABLAS.....	11
RESUMEN Y ABSTRACT.....	14-18

CUERPO PRINCIPAL

CAPÍTULO I INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
1.2. OBJETIVOS.....	19
1.2.1. Objetivo General.....	19
1.2.2. Objetivos Específicos.....	19
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	20

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION.....	22
2.2. BASE TEÓRICA.....	22
2.2.1. SINDROME DE BURNOUT	
2.2.1.1 Antecedentes históricos del síndrome de Burnout.....	23
2.2.1.2 Delimitación conceptual del síndrome de Burnout.....	26

2.2.1.2.1 Agotamiento emocional.....	27
2.2.1.2.2 Despersonalización o Cinismo.....	28
2.2.1.2.3 Falta de Realización Personal.....	28
2.2.1.3 Etiología y factores de riesgo.....	29
2.2.1.3.1 Factores predictores o desencadenantes del burnout...	30
2.2.1.3.1.1 Variables intrapersonales predictoras de burnout.....	30
2.2.1.3.1.2 Variables predictoras de burnout del contexto organizacional.....	32
2.2.1.3.1.3 Variables predictoras de burnout del contexto ambiental.....	33
2.2.1.4 Consecuencias del burnout.....	34
2.2.1.4.1 Para el propio profesional.....	35
2.2.1.4.2 Para la organización.....	36
2.2.1.5 Prevención y afrontamiento.....	37
2.2.1.5.1 Estrategias de afrontamiento.....	38
2.2.1.5.1.1 Estrategias individuales.....	38
2.2.1.5.1.2 Estrategias de carácter interpersonal y grupal.....	38
2.2.1.5.1.3 Estrategias organizacionales para la prevención del burnout.....	39

2.2.2 SATISFACCION LABORAL

2.2.2.1 Definición y generalidades de la satisfacción laboral.....	39
2.2.2.1.1 Definición.....	39
2.2.2.2 Componentes de la satisfacción laboral.....	40
2.2.2.3 Factores determinantes de la satisfacción laboral.....	41
2.2.2.3.1 Factores higiénicos:.....	41
2.2.2.3.2 Factores motivacionales.....	41
2.2.2.4 Consecuencias de la Insatisfacción Laboral.....	42
2.2.2.4.1 Absentismo.....	42
2.2.2.4.2 Actitudes de “escape” o retirada.....	42
2.2.2.4.3 Actividades de protesta.....	42
2.2.2.5 Escala General de Satisfacción Laboral.....	43
2.2.2.6 Satisfacción Laboral y Síndrome de burnout.....	43
2.2.3 PATRON DE CONDUCTA	
2.2.3.1 Patrón de conducta tipo A.....	45
2.2.3.1 El comportamiento de tipo A y el medio laboral...	46
2.2.3.2 Patrón de conducta tipo B.....	47

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO.....	48
3.2. MUESTRA.....	48
3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	50
3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	54
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	55
3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	55
3.7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS.....	56
3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	56

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	57
4.1.1. Tamaño muestral.....	57
4.1.2 Características Socio-demográficas de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011	
4.1.2.1 Distribución por género.....	57
4.1.2.2 Distribución por edad.....	58
4.1.2.3 Distribución por estado civil.....	58
4.1.2.4 Comorbilidades.....	58

4.1.3 Características laborales de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.

4.1.3.1 Distribución por Servicio.....59

4.1.3.2 Horas de trabajo semanal.....61

4.1.3.3 Tiempo de Servicio en la Institución.....61

4.1.3.4 Situación Laboral.....61

4.1.4 Síndrome de burnout, satisfacción laboral y patrón de conducta

4.1.4.1 Síndrome de burnout.....62

4.1.4.1.1 Relación de las variables socio-demográficas con el Síndrome de Burnout.....63

4.1.4.1.1.1 Género.....63

4.1.4.1.1.2 Edad.....64

4.1.4.1.1.3 Estado Civil.....65

4.1.4.1.2. Relación de las variables laborales con el Síndrome de Burnout

4.1.4.1.2.1 Profesión65

4.1.4.1.2.2. Situación Laboral.....65

4.1.4.1.2.3. Horas de trabajo semanal.....67

4.1.4.1.2.4 Servicio.....68

4.1.4.1.2.5. Tiempo de Servicio en la Institución.....69

4.1.4.2 .Satisfacción laboral.....69

4.1.4.2.1 Género.....70

4.1.4.2.2 Edad.....71

4.1.4.2.3 Profesión.....72

4.1.4.2.4 Tiempo de Servicio en la Institución.....74

4.1.4.3 Patrón de conducta.....76

4.1.5. Relación entre componentes de síndrome de burnout, satisfacción laboral y patrón de conducta en médicos residentes y enfermeras.....	77
4.2 .DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	81

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES.....	87
5.2. RECOMENDACIONES.....	89
5.2.1 Institucionales.....	89
5.2.2 Grupales.....	90
5.2.3 Individuales.....	91

CAPITULO VI ANEXOS Y BIBLIOGRAFÍA

6.1. ANEXOS

6.1.1. ANEXO 1 Tabla. Datos de Síndrome de Burnout y servicio en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio.....	92
6.1.2. ANEXO 2 Matriz de recolección de datos.....	93
6.1.3 ANEXO 3 Matriz de consentimiento informado	94

6.2. BIBLIOGRAFÍA.....	97
-------------------------------	-----------

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por ser mi guía, el que me conduce por el camino del bien, permitiéndome llegar hasta este momento tan importante de mi vida, después de tanto esfuerzo y caídas, solo tú sabes el sacrificio que he pasado, por esto mi vida a tu servicio. Además de darme la dicha de escribirles este agradecimiento a mis padres y tenerlos con salud y vida.

A mis padres Morayma y Julio por su cariño, comprensión y apoyo sin condiciones ni medida, dándome la fuerza para seguir caminando y lograr esta meta anhelada. Gracias a mi madre porque a pesar de nuestras diferencias y mis errores siempre estuvo a mi lado, a mi padre por ser un hombre responsable y trabajador que siempre nos dio todo lo que necesitábamos. Ustedes a quienes debo este logro profesional, por todo su trabajo y dedicación para darme una formación académica y sobre todo humanista y espiritual, Dios los bendiga, les de salud y mucha vida para poder retribuirles un poco lo mucho que me han dado. Los amo con todo el corazón, para ustedes este triunfo y todos los que me faltan por alcanzar, este solo es el comienzo de una vida llena de éxitos para y por ustedes. Gracias por su persistencia y confiar en mí, disculpar mis ausencias y mi mal carácter. El que obtener superación hoy es el resultado de tener excelentes padres y eso son ustedes. Los amo.

A mis hermanos Julio, Andrés y Mishell para que también continúen superándose, y que tengan en cuenta que todo lo que nos proponemos en la vida lo podemos lograr si trabajamos fuerte y continuamente, sigan adelante para que mis éxitos de hoy sean los suyos mañana, gracias por estar junto a mí a pesar de las peleas y ser la mejor compañía para compartir el mismo techo, los quiero mucho.

A mis abuelitos, en especial a mi Abuelito por ser el pilar de nuestra familia, siempre a ha sido un ejemplo, un estímulo a querer vivir y sacarle el jugo a la vida, por enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí. Aunque vivas lejos y sean pocas las veces que te veo, siempre te llevo en mi corazón. Te amo

A mis tíos por ser mi ejemplo a seguir, veo en ustedes lo que es ser un excelente profesional, no voy a olvidar sus consejos, enseñanzas, gracias por el apoyo y ayuda durante toda mi vida, los quiero.

A cada uno de los maestros que participaron en mi desarrollo profesional durante mi carrera, sin su ayuda y conocimientos no estaría en donde me encuentro ahora.

A todos mis amigos que estuvieron conmigo y compartimos tantas aventuras, experiencias, desveladas y triunfos, y a todas aquellas personas que han sido importantes para mí durante todo este tiempo.

A mi amigo y compañero de tesis Paquito, por todos los días, las malas noches y momentos compartidos para la realización de esta investigación y que me enseñó a salir adelante para la culminación de nuestro trabajo y **a nuestros directores de tesis, Dr. Francisco Cornejo y Dra. Maria Fernanda Rivadeneira** por su confianza y apoyo en nuestra investigación.

Zully M. Lucero Vasco

AGRADECIMIENTOS

A Cristo mi Salvador, por dar su vida por mi, por ser mi Padre, mi amigo y todo lo que es hermoso en mi vida.

A mis padres, porque a través de ellos pude conocer el amor de Dios, conocer lo que es ser un verdadero médico, el coraje y sabiduría necesaria para enfrentar la vida a través de la vida de una madre ejemplar.

A mis hermanos, por ser mis mejores amigos.

A Zully, por su amistad y por compartir esta etapa tan importante de nuestras vidas conmigo.

A cada médico que pude conocer, que más que ser un buen maestro han sido un amigo y ejemplo para la excelencia.

Al Ecuador, la inspiración de mi búsqueda de la excelencia.

Francisco X. Rivera Zambrano

DEDICATORIA

Dedicamos el esfuerzo de nuestra carrera y de este trabajo a Dios por concedernos la oportunidad de estudiar esta abnegada profesión que nos permite demostrar nuestro amor al prójimo y a nuestros padres por ser los coautores de nuestros sueños.

Zully y Francisco

Agosto 2011

ÍNDICE DE TABLAS

1. Tabla 1.1 Características demográficas y antecedentes clínicos de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	59
2. Tabla 1.2 Distribución por servicios de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	60
3. Tabla 1.3 Características laborales de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	62
4. Tabla 2.1 Síndrome de Burnout y género en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	63
5. Tabla 2.2 Nivel alto de componentes síndrome de burnout en médicos residentes-enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	64
6. Tabla 2.3 Síndrome de Burnout y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	64
7. Tabla 2.4 Síndrome de Burnout y estado civil en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	65
8. Tabla 2.5 Síndrome de Burnout en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011.....	66
9. Tabla 2.6 Síndrome de Burnout y situación laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	67
10. Tabla 2.7 Síndrome de Burnout y horas de trabajo semanal en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	68
11. Tabla 2.8 Síndrome de Burnout y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011..	69
12. Tabla 3.1 Satisfacción laboral y género en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	70
13. Tabla 3.2 Satisfacción laboral general y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	71

14. Tabla 3.3 Satisfacción laboral extrínseca y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	71
15. Tabla 3.4 Satisfacción laboral intrínseca y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	72
16. Tabla 3.5 Niveles de satisfacción Laboral en médicos y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011.....	73
17. Tabla 3.6 Insatisfacción Laboral en Médicos residentes - enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	74
18. Tabla 3.7 Satisfacción laboral y situación laboral en médicos y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011.....	74
19. Tabla 3.8 Satisfacción laboral general y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	75
20. Tabla 3.9 Satisfacción laboral extrínseca y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	75
21. Tabla 3.10 Satisfacción laboral intrínseca y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	75
22. Tabla 4.1 Tipos de patrón de conducta en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011.....	76
23. Tabla 4.2 Patrón de Conducta en Médicos residentes – enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	76
24. Tabla 5.1 Relación entre Agotamiento Emocional y Satisfacción Laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011...	77
25. Tabla 5.2 Relación entre Realización Personal y Satisfacción Laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011...	78
26. Tabla 5.3 Relación entre Despersonalización y Satisfacción Laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011....	79

27. Tabla 5.4 Relación del Síndrome de Burnout y Patrón de en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	80
28. Tabla 5.5 Relación del Síndrome de Burnout y Patrón de en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.....	80

RESUMEN:

Antecedentes: El Síndrome de Burnout se presenta cuando un desequilibrio entre la demanda de trabajo y la capacidad que una persona posee para responder a la misma persiste en un tiempo determinado, y representa una importante amenaza para los usuarios del servicio de salud en el cual desempeñan sus funciones.

Objetivo: La investigación tiene como objetivo determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout y su relación con la satisfacción laboral, identificar factores asociados y el patrón de conducta, en médicos residentes y personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo en la Provincia de Pichincha, Distrito Metropolitano de Quito durante junio y julio del 2011.

Metodología: La investigación fue un estudio descriptivo transversal, se utilizó una muestra de 292 participantes: 142 médicos residentes y 150 enfermeras, según género, edad, estado civil, condición socio-económica, antigüedad laboral, turno laboral, tipo de personalidad, que se eligieron mediante muestreo aleatorio. Se aplicó una encuesta de variables sociodemográficas, el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el cuestionario de escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall y el test de JAS (Inventario de Actividades de Jenkins) para el tipo de patrón de conducta. Se aplicaron mediciones estadísticas, además se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas (frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión). Se utilizó como medida de asociación la razón de prevalencia, además como medida de significación el chi-cuadrado con corrección de Yates y regresión lineal. Los resultados se analizaron utilizando el programa informático SPSS versión 19.0 para Windows.

Resultados: La prevalencia de síndrome de burnout en médicos residentes y enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo fue de 39.7% predominando los niveles altos de agotamiento emocional y de despersonalización con 27.7% y 26.7% respectivamente. Los médicos residentes presentaron mayor frecuencia niveles altos de agotamiento emocional con 42.3 % en relación al personal de enfermería con un 14%. La baja realización del personal de enfermería predomina sobre el de médicos residentes con 12 % y 7 % respectivamente. Los niveles altos de despersonalización fueron encontrados con mayor frecuencia en el grupo de los médicos residentes con 42.3% en relación a las enfermeras 12 %.

En relación a la satisfacción laboral encontramos que en la esfera de la satisfacción general los médicos y las enfermeras presentan un porcentaje bajo de insatisfacción con 9.2 % y 0.7% respectivamente.

Los médicos residentes insatisfechos presentan altos niveles de agotamiento emocional con relación a la satisfacción general, extrínseca e intrínseca con 61.5%, 66.7% y 69% respectivamente. En cuanto a la baja realización personal los médicos residentes presentan insatisfacción en 30.8%, 26.7% y 26.7% para la satisfacción general, extrínseca e intrínseca respectivamente, lo que no se evidencia en el personal de enfermería que a pesar de tener baja

RP se encuentran satisfechas. Los médicos residentes con niveles altos de despersonalización en relación con la satisfacción general e intrínseca de 23.1 % y 20 % respectivamente, mientras que no se encontraron enfermeras insatisfechas con niveles altos de despersonalización. Se encontró enfermeras insatisfechas con altos niveles de despersonalización en un 33.3% y médicos residentes con 26.7%. Se presentó una asociación estadísticamente significativa entre tener patrón de conducta Tipo A y tener niveles altos de agotamiento emocional con 79% y despersonalización con 85.2% en los médicos residentes y para la esfera de la realización personal baja 58.3%

Conclusiones:

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en el Hospital Eugenio Espejo en los meses de junio y julio del 2011 fue: Agotamiento Emocional Alto 27.7%, Baja Realización Personal 69.5% y Despersonalización Alta 26.7%.
- La prevalencia de síndrome de burnout es mayor en los médicos residentes que en las enfermeras.
- Medicina Interna y Emergencia son los servicios que presentan el mayor número de individuos con síndrome de burnout.
- Existe una asociación estadísticamente significativa entre estar insatisfecho en cuanto a la satisfacción general y presentar síndrome de burnout en los médicos residentes. Fenómeno que no sucede en las enfermeras.
- La relación entre el agotamiento emocional alto y la insatisfacción intrínseca y extrínseca es más alta en los médicos residentes.
- Cuando la satisfacción laboral disminuye, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización aumentan y a su vez, cuando la satisfacción laboral aumenta, los niveles de realización personal aumentan.
- En los médicos residentes existe una asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A y tener niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que en las enfermeras la asociación se presenta únicamente con niveles bajos de realización personal.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Agotamiento Emocional, Realización Personal, Despersonalización, Satisfacción Laboral, Patrón de Conducta.

ABSTRACT:

Background: Burnout syndrome occurs when an imbalance between labor demand and the capacity that a person has to answer it, lasts in a given time, and represents a major threat to health service users in which they perform their functions.

Objective: The research aims to determine the frequency of burnout syndrome and its relationship with job satisfaction, identify associated factors and the conduct pattern, medical residents and nursing staff of the Eugenio Espejo Hospital in the province of Pichincha, Metropolitan District Quito during June and July 2011.

Methodology: The present was a cross-sectional study, the sample used was made of 292 participants: 142 resident physicians and 150 nurses by genre, age, marital status, socioeconomic status, time of work relation, shift work, personality type, which is elected by random sampling. A survey of sociodemographic variables was applied, the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Warr, Cook and Wall job satisfaction scale and the JAS (Jenkins Activity Inventory) for the type of pattern. Statistic measurements were applied, and descriptive analysis was performed of the variables studied (frequencies, percentages, measures of central tendency and dispersion). The prevalence ratio was used as a measure of association, as well as the chi-square with Yates correction as a measure of significance and linear regression. The results were analyzed using SPSS version 19.0 for Windows.

Results: The prevalence of burnout syndrome in medical residents and nurses at the Eugenio Espejo Hospital was 39.7% prevailing high levels of emotional exhaustion and depersonalization with 27.7% and 26.7% respectively. Residents more often had high levels of emotional exhaustion with 42.3% than nurses with 14%. For low personal accomplishment the nursing staff predominates over physicians with 12% and 7% respectively. High levels of depersonalization were found more frequently in the group of residents with 42.3% in relation to the nurses with 12%.

In job satisfaction we found that in the field of general satisfaction residents and nurses have a low percentage of dissatisfaction with 9.2% and 0.7% respectively. Dissatisfied residents with high levels of emotional exhaustion in relation to general, extrinsic and intrinsic satisfaction 61.5%, 66.7% and 69% respectively. In terms of low personal accomplishment residents are dissatisfied in 30.8%, 26.7% and 26.7% for general, extrinsic and intrinsic satisfaction respectively, which is not evident in nurses because despite having low RP they are satisfied. Residents with high levels of depersonalization in relation to general and intrinsic satisfaction are 23.1% and 20% respectively, while there were not dissatisfied nurses with high levels of depersonalization. Dissatisfied nurses with high levels of depersonalization were found in 33.3% and 26.7% resident doctors. A statistically significant association was found between having Type A behavior pattern and having high levels of emotional exhaustion with 79%, depersonalization with 85.2% and low personal accomplishment with 58.3% in residents.

Conclusions:

- The prevalence of burnout syndrome at the Eugenio Espejo Hospital in June and July 2011 was: High Emotional Exhaustion 27.7%, Low Personal Accomplishment 69.5% and High Depersonalization 26.7%.
- The prevalence of burnout syndrome is higher among residents than nurses.
- The Internal Medicine and Emergency Room services have the greatest number of individuals with burnout syndrome.
- There is a statistically significant association between being dissatisfied in terms of general satisfaction and burnout syndrome in residents. This phenomenon does not occur in nurses.
- The relationship between high emotional exhaustion and intrinsic and extrinsic dissatisfaction is higher in residents.

- When job satisfaction decreases, emotional exhaustion and depersonalization levels increases and in turn, when job satisfaction increases, personal accomplishment levels increases.
- In residents a statistically significant association was found between type A conduct pattern and having high levels of emotional exhaustion and depersonalization, while in nurses the association was found only with low levels of personal achievement.

Key Words: Burnout Syndrome, Emotional Exhaustion, Personal Achievement, Depersonalization, Job Satisfaction, Conduct Pattern.

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son pocos los estudios realizados sobre síndrome de burnout en relación con la satisfacción laboral y el patrón de conducta en el Ecuador por esta razón hemos puesto las siguientes interrogantes:

¿Cuál es la relación del Síndrome de Burnout con la satisfacción laboral y los patrones de conducta en los médicos residentes y personal de enfermería de las en el Hospital Eugenio Espejo?

¿Qué tipo de patrón de conducta A o B es la que se encuentra asociada al desarrollo de síndrome de Burnout en los médicos residentes y el personal de enfermería de del Hospital Eugenio Espejo?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar los niveles de Síndrome de Burnout y su relación entre la satisfacción Laboral y patrón de conducta del personal médico y de enfermería del Hospital Eugenio Espejo.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Definir los niveles del Síndrome de burnout.
- Identificar los niveles de satisfacción laboral.
- Determinar los tipos de patrón de conducta predisponentes al Síndrome de burnout.
- Determinar las relaciones del Síndrome de Burnout, la satisfacción laboral y el patrón de conducta con el género, edad, estado civil, situación laboral, horas de trabajo, servicio donde labora, y antigüedad en el centro de trabajo y/o en el puesto de trabajo.
- Comparar el nivel de Síndrome de burnout entre el personal de médicos residentes y de enfermería.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El profesional médico y de enfermería como parte de un equipo multidisciplinario de salud tiene que enfrentar diversas situaciones que generan estrés, por lo que dicho personal debe mantener un equilibrio físico y mental que permita brindar un cuidado integral al paciente en su el proceso de salud - enfermedad, así también debe poseer cualidades innatas y personalidad, capaz de afrontar situaciones o eventos que causen estrés utilizando mecanismos de afronte y adaptación, contribuyendo de esta manera a que médicos y enfermeras cumplan sus actividades de manera eficaz y efectiva.

Algunos estudios han determinado un alto nivel de Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud que alcanzan un 76,4% en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España) según Martínez y Del Castillo (2003) y un 17.83% en el personal de enfermería según el estudio de Del Río y Perezagua (2003) en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España).

Ramos y Domínguez (2006) refieren que 67.9% de profesionales médicos presentan burnout, de los cuales, la tercera parte (21.6%) de grado máximo.

En la actualidad, tanto la salud como el trabajo son derechos humanos fundamentales reconocidos, por lo que resulta difícilmente aceptable la pérdida de uno de ellos en ejercicio del otro. Sin embargo, las condiciones y medio ambiente del trabajo pueden ser fuente de enfermedad o salud, según la calidad de las mismas.

Los trabajadores de la salud no son una excepción sino todo lo contrario, ya que se exponen permanentemente a una gran cantidad de riesgos biológicos, riesgos físicos y riesgos químicos, todo esto debilita la capacidad de adaptación ante las diversas situaciones de la práctica médica y se puede expresar mediante síntomas físicos, psicológicos y sociales.

El personal de salud conformado por los médicos residentes y enfermeras comprende un grupo laboral que se encuentra expuesto a una mayor carga de horas laborales, y a la realización de guardias que otros grupos.

Por otro lado el Síndrome de Burnout se relaciona con una serie de alteraciones físicas que abarca síntomas psicosomáticos y destacan: dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales. La segunda engloba síntomas conductuales tales como: absentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.

Forman parte de las manifestaciones emocionales el distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, malas relaciones interpersonales (familiares y laborales) y al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional e insatisfacción laboral con el consiguiente descenso en su autoestima. Por último, varios autores señalan los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.

El síndrome puede implicar la desvinculación de la institución en la cual el individuo labora, además de pérdida de la eficacia y ausentismo del cual se deriva un alto costo para las instituciones.

Por esta razón se realizará esta investigación en médicos residentes y personal de enfermería ya que estar en contacto con los pacientes y al encontrarse dentro de la institución cumpliendo su labor, se debe conocer la presencia, las características y los factores asociados que pueden influir en el desarrollo del síndrome de burnout, además de las difundir medidas para su prevención y afrontamiento dentro y fuera de la institución.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El Síndrome de Burnout es un problema de salud pública que va en aumento y que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la salud sino también en la calidad asistencial, la satisfacción laboral, la implicación profesional, la eficacia y la calidad laboral (Ybema, Smulders, y Bongers, 2003) deteriorando la relación médico-paciente y suponiendo un alto coste, tanto social como económico. El trabajo del médico y del personal de enfermería implica fuertes tensiones emocionales y mucha responsabilidad, ya que el apoyo de otras vidas resulta una tarea muy dura y con riesgos psíquicos para el que la realiza (Alonso Fernandez, 1988).

Se debe tener en cuenta que el estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida. Lo que resulta negativo y llega a ser nocivo es que la experiencia de estrés sea excesiva, incontrolada o incontrolable. Por lo tanto la falta de herramientas de afrontamiento a estas situaciones estresantes en diferentes ámbitos de la vida cotidiana de las personas, en especial en el contexto organizacional en donde el estrés laboral es uno de los principales problemas de salud siendo este un coadyuvante a la aparición del síndrome de desgaste profesional.

Por lo tanto este es un trastorno adaptativo utilizado para describir un estado psicológico que aparece tras un período prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial, que altera la calidad de vida de la persona y produce un efecto negativo en la calidad de prestación de su servicios como trabajador. Síndrome que se conceptualiza como un proceso en el que intervienen elementos emocionales (agotamiento), cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo) y actitudinales (despersonalización). No obstante inicialmente fue conceptualizado como un síndrome que se origina como consecuencia de trabajar en contacto con gente que sufre, posteriormente se ha detectado en todo tipo de profesiones, pero sobre todo en los profesionales que mantienen un contacto continuado con personas (pacientes, clientes, alumnos, etc.).

En términos generales, un trabajo saludable es aquel que la presión sobre el empleado se corresponde con sus capacidades y recursos, el grado de control que ejerce sobre su actividad y el apoyo que recibe de las personas que son importantes para él. Puesto que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades, (OMS, 1986), en un entorno laboral saludable no es únicamente aquel en que hay ausencia de circunstancias perjudiciales sino abundancia de factores que promueven la salud

2.2 BASE TEORICA

2.2.1 SINDROME DE BURNOUT

2.2.1.1 Antecedentes históricos del síndrome de Burnout

El síndrome de burnout o de desgaste profesional es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Míngote Adán, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001). El definió a esto como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo.

En el año de 1976, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés en clínico de entre sus compañeros de trabajo.(Malasch y Jackson, 1986).

En 1980, Edelwich y Brodsky plantearon que la pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesionales de ayuda, como resultado de la condiciones laborales. Estos autores describieron cuatro fases que aparecían en el síndromes : una fase inicial de entusiasmo, con altas expectativas profesionales poco realistas; fase de estancamiento, en la que el profesional observa que su trabajo no siempre tiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores; fase de frustración, en la que el profesional se cuestiona el valor de sí mismo y de su trabajo, además las fuentes de insatisfacción por el trabajo; fase de apatía o indiferencia hacia el trabajo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Pines, Aaronson y Kafry en el 1981 lo asemejan a un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente. No es hasta este año con los estudios de Christina Maslach y

Susan E. Jackson, que el síndrome de burnout adquirió verdadera importancia ya que ellas definen lo como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. Siendo éstas las tres dimensiones siendo en donde el cansancio emocional, es el sentido de desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga; la despersonalización o deshumanización, consiste en el desarrollo de aptitudes negativas hacia otras personas, sobre todo con las que se trabaja, junto a la irritabilidad y a la pérdida de motivación; y falta de realización personal, es la actitud negativa hacia sí mismo y hacia su trabajo, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo. (Maslach y Jackson, 1982).

En el año de 1984 Brill, conceptúa al síndrome como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en un individuo que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimientos objetivos como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo nuevamente, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral: y que está en relación con las expectativas previas. Cronin-Stubbs y Rooks en 1985 proponen al síndrome como una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales. Posteriormente Smith, Watstein y Wuehler en el año 1986 concluyen que el burnout describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Para 1989, Shirom define al burnout como una consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout. Para Hiscott y Connop (1989 y 1990) sencillamente entienden el burnout como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo.

Para 1991 Moreno, Oliver y Aragonese refieren que el burnout es un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo. Un año después Leiter lo asemeja a una crisis de autoeficacia, se caracterizado por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido, con este concepto distancio así el burnout del estrés laboral.

En 1993 Burke y Richardsen proponen al síndrome como un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica rodeada de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, siendo una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort. En el mismo año Leal Rubio sugiere que el burnout se caracteriza por una sintomatología depresiva

que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo que no son útiles. Para Garcés de Los Fayos en 1994 señala que el burnout puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste. Schaufeli y Buunk (1996) comentan que el burnout como un comportamiento negativo en la organización donde labora, que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta.

Ya para el año de 1997 aparece el concepto de Gil-Monte y Peiró quienes defienden al síndrome como una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución. Mingote Adán (1998) lleva a cabo una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de burnout donde predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, además destaca las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el usuario del servicio, se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, por lo tanto se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales”, manifestándose con un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y aislamiento organizacional.

Nuevamente para el año 2000 Gil-Monte y Peiró desde una perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización) al igual que el concepto propuesto por Maslach y Jackson. Mientras que Peris en el 2002 destaca al burnout como un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por sobre el límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que imposibilita la realización de las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional. Por lo tanto el término burnout no es sinónimo de estrés laboral, ni de fatiga o de depresión (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis y Kaprinis, 2003)

Recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda, ya que el riesgo en estas profesiones es que

suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales ya sean conscientes o no y la realidad laboral pueden conducir al síndrome (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004).

Según Aranda en el año 2006 la palabra burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo. Mientras que para Molina Linde y Avalos Martínez (2007) el síndrome de burnout se define como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

En el año 2008 Maslach y Leiter relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

Después de este breve recorrido por los diferentes conceptos sobre el síndrome observamos por un lado algunos autores destacan la relación del burnout con el estrés laboral, otros comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, mientras otros lo vinculan con una sobrecarga cognitiva para el individuo o por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de auto-eficacia.

En conclusión, que el burnout sería consecuencia de eventos estresantes que orientan al individuo a padecerlo, estos acontecimientos podrán ser de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout. Es necesaria la presencia de unas “interacciones humanas” trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca.

Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

2.2.1.2 Delimitación conceptual del síndrome de Burnout

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de burnout, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. En su delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

La perspectiva clínica lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral y la psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales. (Maslach, Jackson y Leiter, 1996)

Luego de las investigaciones realizadas por Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), actualmente se ha elaborado un concepto más completo del Burnout, que cuenta con gran aceptación dentro de la comunidad académica y científica. Este concepto se deriva del análisis factorial de los resultados que obtuvieron Maslach y Jackson, por medio de la amplia aplicación en distintas muestras del instrumento denominado como el Maslach Burnout Inventory (Maslach, 2003; Arthur, 1990; Cordes y Dougherty, 1993; Gil-Monte y Peiró, 1999a). Definiéndolo así como un síndrome psicológico que se debe a un estresor interpersonal, que aparecería en el contexto laboral y que se le determina como un constructo trifactorial. Estos factores son el “Agotamiento Emocional”, conductas de “Despersonalización o Cinismo” hacia las personas que el profesional atiende y una sensación de ineffectividad o falta de “Realización Personal” (Maslach y otros, 2001).

Cada uno de estos son descritos a continuación:

2.2.1.2.1 Agotamiento emocional, se le describe como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado. Puede darse en conjunto con sentimientos de frustración y tensión, en la medida que ya no se tiene motivación para seguir lidiando con el trabajo (Cordes y Dougherty, 1993).

Es la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, emocionalmente agotado por el contacto diario y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. Las personas se sentirían desgastadas e incapaces de recuperarse. Cuando despiertan en las mañanas carecen de la energía para enfrentarse a nuevos proyectos, sintiéndose como si no hubieran dormido en absoluto. Este cuadro sería la primera reacción a las demandas estresantes del trabajo. (Maslach y Leiter, 1997)

En un comienzo se define el síntoma en términos puramente emocionales, en 1997, Maslach y Leiter, amplían su definición, incluyendo el agotamiento físico al emocional, dado que se ha observado que se manifiesta tanto en la salud mental como física del individuo. El agotamiento no es simplemente experimentado, sino que produce en las personas la necesidad de realizar acciones para distanciarse emocional y cognitivamente manifestando síntomas físicos y emocionales. Aparecen manifestaciones de irritabilidad, ansiedad y cansancio que no se recuperan con el descanso (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

2.2.1.2.2 Despersonalización (cinismo o deshumanización), implica el desarrollo de sentimientos y de actitudes negativas hacia las personas que se atiende y a los colegas en el trabajo. Esto deriva en conflictos interpersonales y aislamiento. El estilo del trato despersonalizado a las personas se basa en generalizaciones, etiquetas y descalificaciones, como un intento de evitar cualquier acercamiento que sea desgastante (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Provocando que las personas sean vistas por los profesionales que proveen servicios a otros, de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conduce a poner distancia entre sí misma y al que recibe el servicio por medio de ignorar activamente las cualidades y necesidades que los hace seres humanos únicos y comprometidos con las personas (Maslach y otros, 2001).

La despersonalización se refiere a la “deshumanización del individuo”, éste se torna cínico en cuanto a sus sentimientos hacia los clientes, compañeros de trabajo y la organización. Además se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal (Cordes y Dougherty, 1993). Más adelante, Maslach y sus colegas modificaron la definición original, en la cual Despersonalización fue renombrado como Cinismo, aunque se conservan intactos la agrupación de síntomas a los que se refiere la dimensión (Shirom y Shmuel, 2002; Maslach y Leiter, 1997).

El Cinismo es un mecanismo que permite reducir al mínimo las emociones potencialmente intensas que podrían interferir con el funcionamiento en situaciones de la crisis. A esto se suma que esto se debe a que la persona minimiza su involucramiento y compromiso con un trabajo que percibe como muy demandante, sacrificando sus ideales para protegerse de la fatiga y la desilusión. (Maslach y Leiter, 1997) Posteriormente los autores agregan que las demandas son más manejables cuando las personas a las que atienden son consideradas como objetos impersonales del trabajo (Maslach y otros, 2001).

2.2.1.2.3 Falta de Realización Personal, se define como la tendencia de esos profesionales a evaluarse negativamente y la sensación de que no se están obteniendo logros de su trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Esto alude a las dificultades en el desempeño (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Esta dimensión describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, disminuyendo el sentimiento de competencia en el trabajo. En otras palabras, los empleados sienten que no se desempeñan tan bien como lo hacían en un comienzo (Maslach y otros, 1997; Halbesleben y otros, 2004). Así mismo, se tiene la constante sensación de falta de progreso y la persona se siente inefectiva, aumenta su sentimiento de inadecuación y

cada nuevo proyecto es sentido como abrumador (Maslach y y otros, 1997). Esta escala hace énfasis en la evaluación personal que hace el trabajador de cómo se desempeña en el servicio ó ayuda que presta a las personas. Este factor habla de sentimientos de insuficiencia y de baja autoestima (Bakker, 2002).

En resumen podemos decir que cuanto a la definición de sus dimensiones según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) plantean que el componente de **Agotamiento Emocional** representa la *dimensión básica e individual*, mientras que el componente de **Despersonalización o Cinismo** representa la *dimensión del contexto interpersonal* y por último el componente de **Realización Personal** en el trabajo se refiere a la *dimensión de auto evaluación*.

2.2.1.3 Etiología y factores de riesgo

Se puede describir al Burnout como una experiencia resultante de la combinación de estresores originados en el entorno social, en el laboral y en el propio sujeto. En las que variables de carácter demográfico, el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo, disfunciones en el desempeño del rol, clima laboral, contenido del puesto y características de personalidad, entre otras, han sido estudiados como antecedentes o predisponentes para la aparición del síndrome y con frecuencia los resultados muestran su capacidad predictora de un porcentaje significativo de su aparición.

En la profesión médica y de enfermería el estrés, se presenta como variable predisponente, ya que la combinación de variables físicas, psicológicas y sociales generan la aparición del Burnout. Además estresores como, la sobrecarga laboral, trabajo en turnos rotatorios y la consecuente alteración del biorritmo, trato con gran cantidad de usuarios algunos de estos problemáticos, contacto con la enfermedad, y aspectos psíquicos del cliente, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol, etc. Son frecuentes en el ámbito hospitalario en donde se realizó la investigación.

El desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo puede ser entendido como el resultado de un proceso de interacción mediante el cual el sujeto busca ajustarse a su entorno laboral, y en el que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, mientras que las variables personales cumplen una función facilitadora o inhibidora.

2.2.1.3.1 Factores predictores o desencadenantes del burnout.

Son aquellas variables que anteceden a la ocurrencia del burnout y pueden ayudarnos a comprender mejor el origen del mismo. Las formas de acceder a la identificación y análisis de las mismas pueden ser diversas, que van desde planteamientos eminentemente teóricos hasta los estrictamente empíricos. Entenderemos que las posibles causas del burnout se encuentran relacionadas con el individuo, con el trabajo, con la familia, con los amigos.

Se han estudiado algunas de las variables predictoras del burnout, sin embargo, se identificara aquellas que han tenido mayor relevancia, se dividió a las variables en tres categorías que se relacionan con los tres planos desde donde puede enfocarse su estudio, estas categorías son (Nagy y Nagy 1992 y Sandoval 1993):

- *Intrapersonales:* Son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes, etc.
- *Profesionales u organizacionales:* Son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones aversivas, o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo.
- *Interpersonales o ambientales:* Son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc.

2.2.1.3.1.1 Variables intrapersonales predictoras de burnout.

- **Género:** se plantean esta variable ya que va ligada una serie de características relacionadas con el trabajo, que le predisponen especialmente; así las mujeres presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras, por lo que serán más propensas a presentar el síndrome Pines y Kafry (1981); Etzion y Pines (1986); Greeglass, Pantony y Burke (1988).
- **Edad:** se presenta como una variable que puede mediatizar en el proceso del síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. Además se planteó que cuanto más joven es el trabajador mayor incidencia de burnout hallaremos(Gould 1985).

- Demandas emocionales: A mayores demandas mayor probabilidad de padecer el síndrome (Garden 1989). Normalmente estas exigencias estarían asociadas con peticiones laborales excesivas, sin embargo no siempre ocurre así. El individuo puede percibir que se le hacen demandas emocionales que él considera abrumadoras.
- Estrategias de afrontamiento inadecuadas: las estrategias de tipo escapista aumenta la probabilidad de sufrir burnout (Leiter 1991a), mientras que las de control la disminuyen. En concreto, Kushnir y Melamed manifiestan que es la disminución de los recursos de afrontamiento la característica clara de los individuos que padecen el síndrome.
- Autoeficacia: es la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere "comprobar" la valía personal del individuo, si existe crisis de autoeficacia mayor probabilidad habrá de sufrir burnout (Leiter 1992b).
- Indefensión aprendida: Se relaciona con el nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo (Ensiedel y Tully 1981).
- Locus de control externo: Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría de que apareciera el síndrome, sobre todo ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar. Diversos autores encuentran correlaciones significativas entre locus de control externo y aumento del burnout (Revicki y May, 1983; McIntyre, 1984; Fuqua y Couture, 1986; Wilson y Chiwakata, 1989).
- Interés social: Se define a esta característica como el interés activo en fomentar el bienestar humano (Ansbacher y Ansbacher 1956) , conforme decrece este interés en la persona aumenta la probabilidad de presentar burnout. (Smith, Watstein y Wuehler 1986).
- Expectativas personales: Se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital, conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer burnout (Cordes y Dougherty (1993).
- Personalidad resistente: Este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente,

así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y desafío). Las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del burnout. (Rich y Rich 1987). La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo, en un amplio segmento de los profesionales de la salud, les llevan a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y entienden como un reto personal la solución de los problemas de estos, por lo que se sentirán culpables de los fallos propios y ajenos, lo que redundará en sentimientos de baja realización personal en el trabajo.

- Autoconcepto: es la opinión personal general que la persona tiene de sí mismo; aquí incluiríamos el concepto que el individuo tendría acerca de su actuación profesional. Un autoconcepto negativo de sí mismo predispone al burnout (Sarros y Friese, 1987; Friedman y Farber, 1992).

2.2.1.3.1.2 Variables predictoras de burnout del contexto organizacional.

- Dinámica negativa del trabajo. Se denomina así al fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar, etc. Lo que predispone al apareamiento del síndrome. (Ensiedell y Tully ,1981; Usprung, 1986).
- Inadecuación profesional: el no adaptarse el perfil profesional y personal del individuo, al perfil del puesto de trabajo que desempeña (Ayuso y López 1993), además por el hecho de tener que seguir trabajando en un puesto con el que objetivamente no está adecuado profesionalmente.).
- Exigencias del trabajo: Referidas a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables, y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables. A más exigencias y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales, mayor probabilidad de aparición del síndrome, sobre todo si estas exigencias van acompañadas de falta de tiempo (Sarros, 1988).
- Realización en el trabajo: se entiende como realización real que es valorada mediante métodos objetivos y percepción de la realización que entra dentro de la subjetividad del trabajador. Conforme la realización en el trabajo es menor, plantea la existencia de mayor grado de burnout (Garden 1987).

- Interacción profesional-paciente: esta interacción da lugar a fricciones y conflictos cotidianos, lo que aparece como una variable predictora del burnout (Ursprung,1986 ; Burke y Richardsen,1991; Lee y Ashforth,1993a) .
- Conflicto y ambigüedad de rol: La ambigüedad de rol tiene más relación con la incontrollabilidad de ese rol que el trabajador desempeña, y con la necesidad de conocer mejor cuáles son sus funciones en el puesto de trabajo. El conflicto de rol está relacionado con el conflicto existente entre lo que el trabajador espera del desempeño de su puesto de trabajo y lo que los otros (compañeros y supervisores) esperan que desempeñe. Lógicamente, a mayor ambigüedad y/o conflicto de rol mayor probabilidad de aparecer burnout.
- Participación en la toma de decisiones: Esta participación condiciona aspectos tales como seguridad personal, responsabilidad, realización personal, ya que permite al individuo tomar decisiones que van a tener una repercusión en el trabajo. a menor posibilidad de tomar decisiones, mayor probabilidad de padecer burnout.
- Recompensas: la falta de recompensas (tanto las económicas como las sociales, consecuentes a un trabajo bien realizado, o a una trayectoria profesional relevante) predicen la aparición del burnout.
- Relaciones con los compañeros: Dichas relaciones son decisivas en la dinámica que se genera y, por tanto, en cuanto al clima laboral resultante. plantea que cuanto más aversivo es este clima, más probabilidad hay de que aparezca burnout (Sandoval,1993).
- Rigidez organizacional: Esta rigidez se da en aquellas organizaciones excesivamente normativas en las que prácticamente todo está previamente definido, y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas. En este tipo de organizaciones es más frecuente el burnout.
- Adicción al trabajo: se emplea en a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. (Nagy y Davis,1985) describieron a estas personas como más propensas a padecer burnout.

2.2.1.3.1.3 Variables predictoras de burnout del contexto ambiental.

- Apoyo social: se centra fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su

trabajo le deparan. A menor apoyo social más posibilidades de padecer el síndrome. Las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta inmunidad a padecer el burnout.

- Relaciones interpersonales: que se mantienen con familiares y amigos, principalmente, que condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no. Conforme aparecen ambientes más aversivos aumenta la frecuencia de padecer burnout (Friesen y Sarros, 1987).
- Comunicación: se plantea que cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición de burnout aumenta (Sarros y Friesen, 1987).
- Actitudes de familiares y amigos: Está muy condicionada por las relaciones interpersonales pero, en este caso, se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona. Ante actitudes más aversivas más burnout (Friesen y Sarros, 1987; Sarros, 1988b).
- Problemas familiares: El hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a la persona a sufrir burnout (Leiter, 1992a).

Parece claro que la relación que un individuo mantiene con los miembros relevantes de su entorno (familiares y amigos, básicamente), el apoyo afectivo y social que reciben de estas personas, las actitudes que el individuo percibe de los demás, entre otras circunstancias, son variables que pueden ocasionar situaciones suficientemente aversivas y, por tanto, potencialmente generadoras de burnout.

2.2.1.4 Consecuencias del burnout

El individuo que presenta burnout refleja respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas son consideradas mediadores en la relación estresor - salud, tanto en términos de enfermedad como salud mental, aspectos relacionados con la vulnerabilidad a los accidentes y el absentismo laboral.

Si estas respuestas permanecen indefinidamente, se producen consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas, y para la organización, en forma de deterioro de calidad asistencial o de servicio, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.

Se presenta sensación de cansancio, fatiga, catarro crónico, jaquecas frecuentes, alteraciones gastrointestinales, insomnio, alteraciones respiratorias, facilidad para cansarse, les cuesta reprimir sus emociones, gritan fácilmente. Se pueden establecer dos tipos de consecuencias:

2.2.1.4.1 Para el propio profesional

Asociadas de forma intensa con los sentimientos de agotamiento emocional. El profesional paulatinamente se ve afectado en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales (INSHT, 2006). Se produce un deterioro general: cognitivo, emocional, conductual y físico. Las consecuencias del burnout pueden dividirse en físicas, emocionales, conductuales y sociales (Cherniss, 1980; Maslach, 1982), además de pérdida de eficacia laboral y alteraciones de la vida familiar y social. Teniendo graves consecuencias en la calidad de vida laboral en profesionales asistenciales (médicos, enfermeras, profesores, etc.) y en la calidad de atención y cuidados recibidos por los beneficios de su trabajo.

<i>Físicos</i>	Fatiga Cansancio hasta el agotamiento Dolor precordial y Palpitaciones. Hipertensión. Crisis asmática. Resfriados frecuentes. Mayor frecuencia de infecciones. Aparición de alergias. Dolores cervicales y de espalda. Cefaleas Problemas de sueño Úlceras u otros desórdenes gastrointestinales Pérdida de peso Alteraciones ciclo menstrual hasta pérdida de estos.
<i>Emocionales</i>	Sentimientos de soledad. Sentimientos depresivos Ansiedad Sentimientos de alineación. Impotencia. Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección Disforia Aburrimiento Incapacidad para concentrarse Desorientación Frustración Impaciencia Irritabilidad Baja realización personal y baja autoestima
<i>Actitudinales</i>	Cinismo No verbalizar. Apatía. Hostilidad Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

Conductuales	Agresividad. Cambios bruscos de humor. Irritabilidad. Aislamiento. Enfado frecuente Conducta despersonalizada en la relación con el cliente Absentismo laboral Abuso de drogas legales e ilegales Incapacidad para vivir de forma relajada Falta de concentración Superficialidad en el contacto con los demás Conductas hiperactivas y agresivas
---------------------	--

Figura 1. Consecuencias del Síndrome de Burnout propias del individuo

Elaborada: por los autores

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social extralaboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

2.2.1.4.2 Para la organización

Se encuentran asociadas más a los componentes actitudinales del síndrome: baja realización personal en el trabajo y despersonalización y en menor medida a los sentimientos de agotamiento emocional.

Los síntomas burnout tienen también consecuencias laborales negativas que afectan a la organización y al ambiente de trabajo y se manifiestan en un progresivo deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad); disminuye la productividad y la calidad del trabajo y, por tanto, el rendimiento, que afecta a los servicios que se prestan. Surgen sentimientos que abarcan desde la indiferencia a la desesperación frente al trabajo; se da un alto absentismo, con una mayor desmotivación, aumentan los deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación con un creciente nivel de desmoralización y se puede llegar o a una reconversión por parte de afectado profesional o al abandono de la profesión.

Se pueden dividir desde distintos enfoques, principalmente tres aspectos los que se derivan del propio individuo, el segundo punto veremos las consecuencias que se derivan para la organización, y en un tercer punto se podrán ver las consecuencias en el contexto ambiental.

En estudios longitudinales sobre el burnout presenta intención de abandonar el trabajo, de cambiar de puesto y un importante ausentismo y/o incumplimiento del horario laboral (Firth y Britton 1989) además de una disminuida productividad individual (Golembiewski y Munzeurider 1988). La idea del abandono del puesto de trabajo para el que se han invertido grandes esfuerzos de todo tipo y de cambio radical de vida se asocia a las ideas de frustración laboral con los resultados consiguientes.

Un estudio español realizado en el 2002 en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid encontró que más de la mitad de la población encuestada (58.8%) estaba considerando dejar su trabajo en el futuro. También se ve con gran frecuencia una rigidez excesiva en el cumplimiento de los reglamentos, toda innovación se descarta como inalcanzable y no válida, se descalifica. Disminuye notoriamente la capacidad de tomar iniciativas.

Los profesionales sanitarios que padecen el síndrome no son conscientes del cambio de comportamiento y deterioro de las relaciones interpersonales, atribuyéndolo en general a factores externos de la esfera laboral: acumulación de horas, multiplicidad de tareas, etc. Intentando una compensación que muchas veces suele ser el consumo de medicación psicoactiva.

Hay que recordar que no solo se ve afectado el individuo sino también el paciente a través de la relación con su médico. Diversos autores comunican un mayor riesgo de accidentes y errores en el trabajo más frecuentes con el riesgo consiguiente para el usuario. Esta situación es de riesgo para los pacientes pues en estudios realizados por los mismos autores estos no solo están más insatisfechos con la calidad de la asistencia, sino que tienen peor evolución médica y tienen más posibilidades de llegar a tener una complicación psiquiátrica en su evolución.

Se debe mencionar que los individuos que presentan el síndrome presentan problemas interpersonales, puesto que las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre la relación con su familia y amigos (Maslach,1982). El sujeto se muestra en casa irritable e impaciente, un problema que la familia debe aprender a manejar. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja. Debido al agotamiento emocional los profesionales se encuentran más incapacitados para aislarse de los problemas laborales al llegar a casa y desean estar solos, con el consiguiente deterioro de las relaciones interpersonales, generando barreras para una convivencia abierta y sincera, se comportan con los amigos y familiares como si fueran las personas para las que trabaja.

2.2.1.5 Prevención y afrontamiento

Al afrontamiento se lo define como una serie de respuestas cambiantes de tipo cognitivo o conductual, que inicia un sujeto ante una situación que considera amenazante, y que no tiene que ser necesariamente un éxito en el manejo de esa situación, sino que el objetivo buscado puede ser manejar la respuesta al estrés. Para Lazarus y Folkman(1986) el afrontamiento es: “Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan

para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

2.2.1.5.1 Estrategias de afrontamiento

En función del nivel en que se producen, principales estrategias de afrontamiento las podemos agrupar en tres categorías como son: individuales, grupales y organizacionales

2.2.1.5.1 .1 Estrategias individuales

Las estrategias de afrontamiento de control previenen el burnout ya que aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo. Los médicos y las enfermeras con niveles bajos burnout emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema (Ceslowitz, 1989). Para lo que acentúan los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrolarse.

Encontramos estrategias instrumentales que incluyen el entrenamiento en habilidades como resolución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, la comunicación y las relaciones sociales, los cambios en el estilo de vida y otras habilidades para cambiar las demandas del entorno. También estrategias de carácter paliativo para el manejo de las emociones donde se incluyen las habilidades para la expresión de las emociones, manejo de sentimientos de culpa, relajación, etc.

2.2.1.5.1 .2 Estrategias de carácter interpersonal y grupal

Se debe fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. A través del mismo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda.

El apoyo social se define como la información que permite a las personas creer que (Cobb, 1976): Otros se preocupan por ellos y les quieren, son estimados y valorados además que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del burnout, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás,

baja autoestima y sentimientos de inferioridad. Este apoyo puede venir básicamente, de los compañeros además el trabajo con grupos de apoyo de profesionales de la salud para compartir experiencias que permitan un mejor afrontamiento en el caso de pacientes de características especiales, ha facilitado la comunicación reduciendo de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable.

2.2.1.5.1 .3 Estrategias organizacionales para la prevención del burnout

La institución debe fomentar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima de la organización, puesto que los desencadenantes del síndrome son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están, en gran medida, con relación al contenido del puesto, disfunciones en el desempeño de roles y el clima laboral, Por tanto, es conveniente que los gestores establezcan políticas de gestión que integren programas de acogida profesional, fomentando la retroinformación desde la dirección de la organización y desde el propio departamento médico y de enfermería , no presentando la información como un juicio, sino como parte de los programas de desarrollo organizacional.

2.2.2 SATISFACCIÓN LABORAL

2.2.2.1 Definición y generalidades de la satisfacción laboral

2.2.2.1.1 Definición

La satisfacción laboral es un aspecto que ha sido ampliamente estudiado desde que Hoppock en 1935, abarcando amplios grupos de población, se la define como un "estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto" Locke 1976. Actualmente se la define como la sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen, es decir la actitud del trabajador frente a su propio trabajo.

Las circunstancias y características del propio trabajo y las individuales de cada trabajador condicionarán la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos del trabajo.



Figura 2. Producción de satisfacción-Insatisfacción laboral
Fuente: Pérez y Fidalgo. Ministerio trabajo de España

En la época actual la satisfacción laboral se ha pasado de ser un tema desatendido a ser uno muy estudiado, debido a que las grandes empresas al buscar una mejor y mayor producción han descubierto que la satisfacción que los individuos que desempeñan una determinada tarea dentro de la misma juega un papel muy importante en cuanto a resultados se refiere. Dentro del ámbito médico sucede lo mismo, ya que el personal del equipo de salud, en este caso los médicos residentes y las enfermeras, se desenvuelven de distinta forma en sus respectivas tareas dependiendo de la satisfacción que los mismos presentan hacia su cargo en un determinado servicio, con la abismal diferencia que en este caso los no hablamos de la productividad de una determinada empresa, si no de vidas humanas y su calidad de vida, que en el caso de ser vulnerada por una “negligencia inconsciente” por parte de un miembro del equipo salud que no se encuentra satisfecho con su ocupación o con las características de la misma, podría conllevar resultados fatales.

Del mismo modo al aplicar técnicas y cambiar conductas en los servicios de un hospital con el fin de mejorar la satisfacción laboral del personal de salud se consigue una mejoría en el trabajo en equipo, en los procesos realizados y en la interacción de las distintas áreas.

2.2.2.2 Componentes de la satisfacción laboral

La satisfacción laboral comprende un concepto subjetivo, por lo que se debe tener en cuenta que la misma está basada en algunos aspectos importantes de cada individuo como son las creencias que el mismo tiene con su ambiente laboral, así como también los valores que tiene y aplica a su espacio laboral, los cuales además demanda de los demás.

Esto genera una pista acerca de una de las razones por la cual existen problemas interpersonales en los lugares de trabajo, ya que al existir diferencias en los valores que cada uno de los individuos poseen y demandan, existe la posibilidad de que se forme una atmósfera hostil es mayor.

2.2.2.3 Factores determinantes de la satisfacción laboral

2.2.2.3.1 Factores higiénicos:

Son todos los elementos que se encuentran en el contexto del individuo en relación con el área en la que se desempeña; implican situaciones físicas y ambientales de trabajo, salario, beneficios sociales, políticas de la empresa, tipo de supervisión recibida, clima de las relaciones entre directivos y empleados, reglamentos internos y oportunidades existentes. Todos estos aspectos corresponden a la perspectiva ambiental y constituyen los factores que se podrían utilizar para motivar a los miembros del equipo de salud, por lo cual mantenerlos en forma óptima para evita la insatisfacción.

2.2.2.3.2 Factores motivacionales:

Son los que están bajo control del individuo, se relacionan con lo que él desempeña, tienen que ver con el contenido del cargo, las tareas y los deberes relacionados con el puesto. El término motivación encierra sentimientos de realización, crecimiento y reconocimiento profesional manifiestos en la ejecución de tareas y actividades que constituyen un gran desafío y significado para el trabajo (García-Ramos 2007).

La satisfacción laboral, está ligada a factores motivacionales, es decir la satisfacción se produce cuando el individuo se enfrenta a actividades retadoras y estimulantes (Frederick Herzberg 2006)

FACTORES MOTIVADORES		FACTORES HIGIÉNICOS	
SATISFACTORES	FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN PRODUCEN SATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL NO PRODUCEN INSATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN NO PRODUCEN SATISFACCIÓN
	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL NO PRODUCEN INSATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN BIEN PRODUCEN SATISFACCIÓN	FACTORES QUE CUANDO VAN MAL PRODUCEN INSATISFACCIÓN
INSATISFACTORES	<ul style="list-style-type: none"> • Realización exitosa del trabajo. • Reconocimiento del éxito obtenido por parte de los directivos y compañeros. • Promociones en la empresa, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de responsabilidad. • Trabajo rutinario y aburrido, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Status elevado. • Incremento del salario. • Seguridad en el trabajo, etc.
	<ul style="list-style-type: none"> • Malas relaciones interpersonales. • Bajo salario. • Malas condiciones de trabajo, etc. 		

Figura 2. Teoría bifactorial de Herzberg Fuente: Fuente: Pérez y Fidalgo. Ministerio trabajo de España

2.2.2.4 Consecuencias de la Insatisfacción Laboral

2.2.2.4.1 Absentismo: Constituye un importante problema que afecta a distintos esferas en la institución en la que el individuo labora como la organizacional, ya que al no presentarse uno de los miembros del equipo surgen problemas al no encontrar un reemplazo para el mismo y obliga al equipo a asignar tareas extra para compensar la falta de uno de los miembros, lo que ocasiona en la mayoría de los casos una reducción en la efectividad y en la eficiencia del equipo.

2.2.2.4.2 Actitudes de “escape” o retirada: Comprenden las actitudes que adopta un individuo para dejar de valorar todo lo que le produce incomodidad y apreciar como más importante otros aspectos de su ocupación que él las percibe como satisfactorias.

Estas actitudes se traducen como impuntualidad, absentismo y abandono

2.2.2.4.3 Actividades de protesta: Las protestas y actividades de huelgas son factores principalmente atribuidos a la insatisfacción laboral. Las mismas producen graves daños en las relaciones interpersonales existentes entre el equipo, especialmente entre los individuos que tienen puestos con altos en la jerarquía con los que no.

2.2.2.5 Escala General de Satisfacción Laboral

La Escala General de Satisfacción (Overall Job Satisfaction) fue desarrollada por Warr, Cook y Wall en 1979. Las características de esta escala son las siguientes:

- Es una escala que operacionaliza el constructo de satisfacción laboral, reflejando la experiencia de los trabajadores de un empleo remunerado.
- Recoge la respuesta afectiva al contenido del propio trabajo.

Esta escala fue creada a partir de detectarse la necesidad de escalas cortas y robustas que pudieran ser fácilmente completadas por todo tipo de trabajador con independencia de su formación.

La escala se sitúa en la línea de quienes establecen una dicotomía de factores y está diseñada para abordar tanto los aspectos intrínsecos como los extrínsecos de las condiciones de trabajo.

Está formada por dos subescalas:

- Subescala de factores intrínsecos: aborda aspectos como el reconocimiento obtenido por el trabajo, responsabilidad, promoción, aspectos relativos al contenido de la tarea, etc.
- Subescala de factores extrínsecos: indaga sobre la satisfacción del trabajador con aspectos relativos a la organización del trabajo como el horario, la remuneración, las condiciones físicas del trabajo, etc.

2.2.2.6 Satisfacción Laboral y Síndrome de burnout

Se ha encontrado un alto nivel de significación estadística en la correlación entre la satisfacción laboral y el síndrome burnout en varios estudios que tenían como objetivo determinar la relación entre los dos factores. En ellos se evidenció que a mayor puntaje de los componentes del síndrome de burnout menor llega a ser la satisfacción laboral (Jiménez, 2004; Gil, Alcover, Peiró, 2005; Molina, García y Alonso, 2003 Grau, Suner, García, y otros, 2005). De la misma forma se evidenció que a mayor satisfacción laboral, menor es la presencia de indicadores de los componentes del síndrome de burnout.

Además se concluyó que las personas que presentan niveles altos de síndrome de burnout presentaron un alto nivel de insatisfacción con la gestión del servicio donde laboran, lo cual se refiere a la satisfacción extrínseca.

En el síndrome de burnout analizamos tres esferas de los individuos, agotamiento emocional, realización personal y la despersonalización, como se mencionó anteriormente. De la misma forma la satisfacción que presenta un individuo debe ser analizada desde tres puntos de vista, la satisfacción general, la satisfacción intrínseca y la satisfacción extrínseca lo cual nos permite relacionar varios componentes de los dos factores analizados, por ejemplo un individuo puede presentar niveles altos de síndrome de burnout que se relacionan con una insatisfacción netamente extrínseca, en la cual el ambiente de trabajo y el sistema bajo el cual dicho individuo se desenvuelve influyen negativamente al punto de presentarse el síndrome, pero el mismo individuo puede presentar al mismo tiempo altos niveles de satisfacción intrínseca, lo cual nos indica que, en este caso la presencia del síndrome está asociada a factores que no dependen del individuo. Por otro lado un individuo puede presentar niveles altos del síndrome relacionados con insatisfacción laboral pero en este caso a base de una insatisfacción netamente extrínseca, excluyendo los factores de ambiente y del sistema bajo el cual el individuo se desenvuelve.

Lo que genera estos dos ejemplos en los que se presenta el síndrome relacionado a una insatisfacción laboral pero de distinto origen, es que se debe plantear distintas recomendaciones y reformas laborales para combatir la aparición del síndrome, unas que estén enfocadas a los factores que rodean al médico o a la enfermera y otras que se enfoquen a los factores intrínsecos de los mismos.

La satisfacción laboral y el síndrome de burnout no se encuentra en la misma frecuencia en individuos de la misma profesión. Los médicos que se encuestan en esta investigación son un ejemplo de esta afirmación, ya que no se encuentran los mismos niveles de síndrome de burnout y satisfacción laboral en médicos tratantes que en médicos residentes, y dentro de este último grupo el año de residencia en el que se encuentran para el caso de los residentes postgradistas y el tiempo de servicio en la institución para el caso de los residentes asistenciales. Estos grupos antes mencionados son los que mayor horas de trabajo semanal presentan, además de tareas asignadas y responsabilidades que otros grupos no las tienen.

De igual forma en el caso de las enfermeras, no podemos estimar sus niveles de burnout y de satisfacción laboral sin tomar en cuenta el cargo que desempeñan. Por ejemplo los niveles evidenciados no serán los mismos en una enfermera con menor número de horas de trabajo semanal y distintas responsabilidades que una enfermera sin estas características.

2.2.3 PATRON DE CONDUCTA

Un patrón de conducta no es más que la forma habitual de ver y reaccionar ante el mundo. Estas observaciones llevaron a Prise (1982) a definirlo como las predisposiciones de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionados por la escala de valores en uso en una sociedad determinada. Así el Patrón de Conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica. Los investigadores que han estudiado la relación persona-ambiente en las organizaciones consideran que el comportamiento en el trabajo depende, en gran medida, del ajuste entre las características del individuo y las características del puesto

Las diferencias individuales tienen un papel importante en la experiencia del estrés laboral, ya que la combinación de una situación particular y de un individuo determinado (características personales específicas, expectativas, experiencias pasadas, actitudes, aptitudes y sus propios sentimientos) puede dar como resultado una falta de equilibrio que induzca al estrés. Estos patrones de conducta relacionados con el estrés laboral son de tipo A y B.

A principios de los años sesenta se adoptó un criterio específico para investigar las diferencias individuales en las reacciones al estrés que permitió demostrar la existencia de una relación entre los patrones de comportamiento y la frecuencia de cardiopatías coronarias (Friedman, 1969; Rosenman, 1978). Se encontró que las personas que demostraban determinados rasgos de comportamiento corrían un riesgo significativamente mayor. Se dijo que esas personas mostraban patrones de comportamiento de tipo A favorables a la aparición de cardiopatías coronarias, en contraposición a los de tipo B, propios de las personas cuyo riesgo de contraer enfermedades coronarias era bajo.

2.2.3.1 Patrón de conducta tipo A

El patrón de Conducta Tipo A se define como un complejo acción-emoción que puede observarse en cualquier persona comprometida en una lucha relativamente crónica por lograr un número de cosas usualmente ilimitadas de su ambiente en el menor tiempo posible, y/o contra los esfuerzos opuestos de otras personas o cosas de su mismo ambiente (Fridman y Rosenman 1974)

Este tipo de patrón se caracteriza por manifestaciones conductuales, ideas y creencias y reacciones emocionales relacionadas con el exceso de ambición, agresividad, impaciencia y competitividad, ira e irritación cuando se siente obstaculizado por alguien, miedo al fracaso, necesidad continuada de probar su valía, tono de habla enérgico, movimientos rápidos, tensión

facial, gesticulaciones excesivas, etc. (Elvira y Pérez 1988). Ha sido una variable de personalidad, tradicionalmente asociada al burnout como moduladora o facilitadora de la experiencia de estrés (Nagy y Davis, 1985; Van Horn y Schaufeli, 1997; Turk, Meeks y Turk, 1982; Durán, Extremera y Rey, 2001). Otros estudios (Buhr y Scheuch, 1991; Vogel, Scheuch, Naumann y Koch, 1988) Mazur y Lynch (1989), obtienen una correlación significativa entre burnout y Patrón de Conducta Tipo A.

2.2.3.1 El comportamiento de tipo A y el medio laboral

La mayor parte de las investigaciones del comportamiento del patrón de conducta tipo A en el medio laboral proponen que los factores de estrés presentes en el medio mismo promueven los patrones de conducta de tipo A. Se partió de la hipótesis de que con frecuencia la persona no tiene un comportamiento de tipo A cuando comienza a ejercer la profesión (Rosenman R., 1978). Sin embargo, las presiones de tiempo y la concentración exigida por el trabajo pueden convertir a una persona relajada de tipo B en un tipo A. por lo tanto será importante determinar hasta qué punto la persona de tipo A se impone a sí misma el excesivo volumen de trabajo (Dembroski, I. 1978).

Trabajadores cuyo comportamiento responde a las características del patrón tipo A han referido su insatisfacción en relación a sus subordinados y su sensación de no ser comprendidos por sus superiores; en algunos casos parece haber pruebas de que el individuo se impone parcialmente a sí mismo esa insatisfacción (Davidson, M. 1980).

En comparación con las personas con patrón de conducta de tipo B, con las del tipo A estas tienen mayor tendencia a trabajar solas cuando están sometidas a un estrés agudo, con lo que pueden fijarse plazos y aumentar su volumen de trabajo (Davidson, M. 1980). De ese modo, las personas de tipo A elevan su propio estrés, reduciendo sus posibilidades de recibir apoyo de sus compañeros y subordinados, lo cual les induce, a su vez, a sentirse más frustrados en sus relaciones con éstos.

Además los individuos con patrón de conducta tipo A presentan mayor dedicación al empleo, acentuada por una gran necesidad de éxito (Matthews K. 1978). Se considera que podría combinarse con las características adicionales de competitividad y elevadas expectativas respecto al propio rendimiento profesional. Algunos expertos afirman que determinadas características del comportamiento de las personas de tipo A facilitan su autoselección para profesiones que implican una alta exposición a factores de estrés (McMichael L. 1978).

2.2.3.2 Patrón de conducta tipo B

El patrón de conducta tipo B (PCTB), se caracteriza por que los individuos con este tipo de patrón son en general tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. El estado emocional es agradable por reducción de la activación o por activación placentera. se ven mínimamente afectadas por ataques cardíacos al llegar a la tareas y actividades con competencia y actividades con alta carga de estrés.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo, transversal.

3.2. MUESTRA

Universo: Para el estudio se requerirá 150 médicos residentes y 150 enfermeras del Hospital Eugenio Espejo, durante el mes junio del 2011.

El grupo de médicos residentes y personal de enfermería en quienes se realizará la investigación presentarán los siguientes criterios de inclusión: edad, sexo, estado civil, condición socio-económica, antigüedad laboral, turno laboral, tipo de personalidad, tiempo de trabajo en el servicio. Para la obtención se elegirán mediante muestreo aleatorio simple.

Muestreo: Aleatorio

Tamaño de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{d^2} *$$

Dónde:

$Z_{\alpha^2} = 1.96^2$ (para un 95% de confianza)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.50)[¥]

q = 1 – p (en este caso 1 – 0.05)

d = error estándar 8 %

n= 150

n= 300

*Basado en la fórmula para cálculo muestral para estudios de prevalencia, en donde se conoce una prevalencia aproximada del objeto en estudio.

* Proporción esperada de Síndrome de burnout al obtener un promedio del 50% de media en médicos y personal de enfermería según los estudios han determinado un alto nivel de Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud que alcanzan un 76,4% en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina (España) según Martínez y Del Castillo (2003) y un 17.83% en el personal de enfermería según el estudio de Del Río y Perezagua (2003) en el Hospital Virgen de la Salud de Toledo (España).

3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Operacionalización de variables del estudio:

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA/CATEGORIA	INDICADOR
Sexo	Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer Se refiere exclusivamente al ámbito de lo biológico y lo natural, que determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano	Características fenotípicas que distinguen al hombre de la mujer	Nominal Masculino Femenino	Proporción
Edad	La edad cronológica actualizada	Grupos de edad en que se divide población de estudio	De intervalo 24- 29 30-34 35-39 40-44	Proporción por cada intervalo
Estado civil	Vínculos personales con individuos de otro sexo o	Estado de unión de dos individuos de diferente	Nominal	Proporción

	de su mismo sexo.	o del mismo sexo	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo	
Horas de trabajo semanal	Todo período de tiempo dedicado a realizar actividades que contribuyen a la producción de bienes y servicios.	Tiempo transcurrido durante la estancia dentro de la institución desde la hora en que ingresa hasta la hora de salida durante toda la semana	De intervalo 20 -30 30-40 40-50 50-60 70-80	Proporción por cada intervalo
Tiempo de servicio en la institución (años)	Todo período de tiempo en meses o años que labora en una institución realizar actividades que contribuyen a la producción de bienes y servicios.	Tiempo transcurrido durante la estancia dentro de la institución desde el momento que inicio a trabajar hasta la actualidad.	0 - 1 2 - 5 6 – mas	Proporción por cada intervalo

Situación laboral	Es la relación entre empresarios y trabajadores de una institución pública o privada	Relación de estabilidad con la empresa donde trabaja un individuo	Nominal Enfermera con contrato Enfermera con nombramiento Medico postgradista Medico asistencial	Proporción
Nivel de estrés	El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada		Nominal Leve Moderado Grave	Proporción
Cansancio emocional	Pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado.		Nominal Leve Moderado Grave	Proporción
Falta de Realización personal	Retiro de todas las actividades que no sean laborales vinculadas con las actividades que generaron el estrés crónico.		Nominal Leve Moderado Grave	Proporción
Despersonalización	Modo de responder a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal		Nominal Leve Moderado Grave	Proporción

Patrón de conducta	Patrón de Conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.		Nominal Tipo A Tipo B Tipo C	Proporción
Satisfacción Laboral	La satisfacción es la sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen, es decir, la actitud del trabajador frente a su propio trabajo.		Muy insatisfecho Insatisfecho Moderadamente insatisfecho Ni satisfecho, ni insatisfecho Moderadamente satisfecho Satisfecho Muy satisfecho	Proporción

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Encuesta de variables sociodemográficas, de elaboración propia, referida a datos de edad, genero, numero hijos, nivel educativo, relaciones personales, situación laboral, turno de trabajo, salario, tiempo de servicio y número de horas de trabajo. En las variables edad y tiempo de servicio se utilizaron rangos amplios con base en los resultados obtenidos en otras investigaciones.
- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), en adaptación española, que mide los tres aspectos o dimensiones del síndrome: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP); permite medir las distintas dimensiones del burnout y por haber sido validado positivamente por diversos autores, tanto en su contenido como en su constructo. (Carmona y cols 2001) Tanto la validez como la fiabilidad del MBI han sido ampliamente contrastadas a nivel mundial por varios autores. (Sánchez A, y cols, Carmona y cols, 2001) Se tomó como referencia la fiabilidad y la validación factorial en tres dimensiones propuesta por Maslach y Jackson (1981, 1986), en la edición comercializada por TEA de 1997 Maslach, CH., y Jackson, S. (1997a). Presenta una sensibilidad de 82 % y una especificidad 70%.

Este instrumento está conformado por 22 ítems (9AE, 5DP y 8 RP) que se miden en una escala Licker de 7 puntos. El MBI se entiende como una variable que ordena a los individuos en un nivel bajo, moderado y alto, según la puntuación.

En base a esta escala 0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos 3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana 5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días

<i>Escala</i>	<i>Agotamiento emocional</i>	<i>Despersonalización</i>	<i>Realización Personal</i>
Alto	27-54	10-30	>40
Medio	19-26	6-9	34-39
Baja	<19	<6	0-30

Elaboración: Los autores

- La escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall se utiliza porque está diseñada para abordar tanto los aspectos extrínsecos como los intrínsecos de las condiciones de trabajo formulados por Herzberg, en su teoría bifactorial de la satisfacción. (Warr PB, Cook JD, Wall 1979)

La escala está estructurada por 15 ítems que forman 2 subescalas: la de factores extrínsecos, referida a las condiciones de trabajo en el sentido más amplio, tales como salario, políticas del hospital, entorno físico, seguridad en el trabajo, etc., factores que solo pueden prevenir la insatisfacción laboral o evitarla cuando exista, y que está formada por ocho ítems, y la de factores intrínsecos, que determinan la satisfacción laboral y son consustanciales al trabajo, entre ellos, el contenido del trabajo, logro, responsabilidad, etc., y está formada por siete ítems. Tiene una sensibilidad 83.3% y especificidad 88%.

	General	Intrínseca	Extrínseca
Muy satisfecho	1-15	1-7	1-8
Insatisfecho	16-30	8-14	9-16
Indiferente	31-45	15-21	17-24
Satisfecho	46-60	22-28	25-32
Muy satisfecho	61 o más	29 o más	33 o más

Elaboración: Los autores

- La escala de JAS (Inventario de Actividades de Jenkins) reutiliza para evaluar la personalidad y determinar el grado en que los trabajadores tienen un patrón de conducta Tipo A o Tipo B

Se realizó una prueba piloto de los cuestionarios antes señalados en 20 de los participantes, 10 médicos residentes y 10 enfermeras para determinar la comprensión y aceptación de los cuestionarios.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personal médico residentes y de enfermería que labora en el Hospital Eugenio Espejo

3.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal médico y de enfermería que labora en el Hospital Eugenio Espejo que no desee participar en el estudio.

3.7. TÉCNICAS DE ANÁLISIS

- Para el análisis estadístico se empleó el programa estadístico SPSS versión 19.0 para Windows. Se realizó análisis descriptivo y relación bivarial entre: las variables ya mencionadas anteriormente, utilizamos como medida de asociación la Razón de Prevalencia. Como medida de significación se utilizó el chi-cuadrado con corrección de Yates.
- Además se realizó análisis factorial de correspondencia múltiple calculado la diferencia de media.
- Se realizó una regresión lineal en las variables numéricas.

3.8. ASPECTOS BIOÉTICOS

El estudio incluye a los médicos residentes y personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo donde laboran, se obtuvo su consentimiento para participar, explicándoles que los datos obtenidos en los test que realizaremos son confidenciales, se garantizará que los datos de los y su identificación se hará mediante un número asignado en el estudio, mediante la firma de un documento de autorización por cada uno de los participantes del estudio.

Se solicitará una carta de autorización a las autoridades de la institución para la realización del estudio en los médicos residentes y el personal de enfermería del Hospital Eugenio Espejo. Además, se asegurará disponibilidad de los resultados para los participantes de médicos residentes y personal de enfermería que labora en el servicio donde fue realizado el estudio.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La muestra fue recolectada en el Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito durante los meses de junio y julio del 2011.

4.1.1 Tamaño Muestral

El universo inicial fue de 300 participantes, divididos en 150 médicos residentes y 150 enfermeras, datos proporcionados por el departamento de docencia y dirección de enfermería del Hospital Eugenio Espejo. Al momento de la recolección de la muestra 2 residentes tomaron sus vacaciones y 6 médicos se negaron a participar en la investigación por lo que el grupo de estudio se redujo a 142, debido a que se tomó al universo, no se pudo reemplazar a estos 8 sujetos. Por lo tanto la muestra total fue de 292 individuos.

4.1.2 Características Socio-demográficas de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.

4.1.2.1 Distribución por género

Del total de 292 participantes que conforman la muestra definitiva, 210 (71.9%) corresponden al género femenino y 82 (28.1%) corresponden al género masculino, a una razón de 2,5:1. Los participantes de género femenino fueron 65 representando el 54.2 % de los médicos residentes y 145 correspondiente al 97.7 % de las enfermeras, mientras que en el género masculino fueron 77 representando el 45.8 % de los médicos residentes y 5 correspondiente al 3.3 % en el personal de enfermería. **Tabla 1.1**

4.1.2.2 Distribución por Edad

La media de edad para este grupo es de 30 años con una desviación estándar de ± 7.3 , con una edad máxima de 59 años y una edad mínima de 24 años. La moda es de 29 años. En los médicos residentes la media de edad para este grupo es de 29 años con una desviación estándar de ± 2.6 , con una edad máxima de 47 años y una edad mínima de 24 años, en el personal de enfermería la media de edad para este grupo es de 35.8 años con una desviación estándar de ± 8.7 , con una edad máxima de 59 años y una edad mínima de 26 años.

Con el fin de mejorar la clasificación de edades se consideraron los datos en grupos etarios, donde se obtuvo entre el intervalo 24-29 años 130 (44.%), 30-34 años 94 (32.2%), 35-39 años 22 (7.5%), 40-44 años 13 (4.5%), 45-49 años 22 (7.5%) y 50 o más 11 (3.8%). En la **Tabla 1.1** se exponen las frecuencias y los porcentajes de los intervalos de edad según personal de enfermería y médicos residentes.

4.1.2.3 Distribución por Estado Civil

De los 292 participantes, el 44.9% (131) son solteros, representando el estado civil que predomina en los individuos participantes en el estudio, 40.8 % (119) casados, 4.8% (14) se encuentran en unión libre, 9.2% (27) divorciados y el 0.3% (1) viudo. En resumen se observa que del total de la muestra, el 54.4% se encuentran sin pareja estable y el 45.6% con pareja estable. En la **Tabla 1.1** se observa los resultados distribuidos entre médicos residentes y personal de enfermería.

4.1.2.4 Comorbilidades

Siete patologías fueron seleccionadas para la encuesta como las más frecuentes, de acuerdo a los estudios realizados por Cherniss (1980) y Maslach(1982), de ellas la que se presentó con mayor frecuencia fue la lumbalgia con un 29.1% (85) , seguida por la enfermedad ácido péptica con el 17.5% (51) , migraña con el 11.3 % (33) y ninguna patología con el 24% (70) de la muestra. En la

Tabla 1.1 se encuentra la distribución de las patologías según personal de médicos residentes y de enfermería.

Tabla 1.1 Características demográficas y antecedentes clínicos de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.

	Médicos Residentes		Enfermeras	
	FA	%	FA	%
Género				
Masculino	77	45.8	5	3.3
Femenino	65	54.2	145	97.7
Edad				
24-29	81	57	49	32.7
30-34	60	42.3	34	22.7
35-39	-	-	22	14.7
40-44	-	-	11	8.7
45-49	1	0.7	21	14
50 o mas	-	-	11	7.3
Estado civil				
Soltero	83	58.5	48	32
Casado	47	33.1	72	48
Unión libre	3	2.1	11	7.3
Divorciado	9	6.3	18	12
Viudo	-	-	1	7
Comorbilidades				
HTA	3	2.1	11	7.3
Lumbalgia	34	23.9	51	34
EAP	34	23.9	17	11.3
Migraña	19	13.4	14	9.3
Artrosis	1	0.7	2	1.3
Insomnio	14	9.9	7	4.7
Alergias	2	1.4	5	3.3
Otras	3	2.1	5	3.3
Ninguna	32	22.5	38	25.3

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.3 Características laborales de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.

4.1.3.1 Distribución por Servicio

Se estudiaron 24 servicios que se encuentran en el hospital, de los 292 participantes el 13.7% (40) labora en Emergencia, 12.3% (36) en UTI, 6.8% (20) en Neumología, 6.2% (18) en Cirugía Plástica, 6.2% (18) Medicina Interna, 5.5% (16) en Traumatología, 5.5% (16) en Cirugía General, 5.1% (15) en Cardiología, siendo estos los servicios donde se encuentra la mayoría de los participantes de la muestra.

En la **Tabla 1.2** se describe la distribución del personal de médicos residentes y de enfermería donde se expone que en el servicio de emergencia se encuentran 17 médicos (12%), mientras que en el mismo servicio encontramos un mayor número de enfermeras, siendo 23 (15.3%) de la muestra, al igual que en Terapia Intensiva donde se encontraron 12 (8.5%) médicos residentes y 24 (16%) enfermeras. En Medicina Interna encontramos 10 (7%) médicos residentes y 8 (5.3%) enfermeras. En algunos servicios como Hematología, C. Maxilofacial, Gastroenterología, Proctología, C. Vascular, C. Cardíaca y Anestesiología no es posible tener una base de datos del personal de enfermería, ya que en estos servicios se encuentran dentro del mismo espacio físico de otro por lo que la enfermera que se encuentra en el mismo cubre los dos o más servicios, por ejemplo Oncología-Hematología y C. Cardiorrespiratoria que representaría 3.3% (5), Gastroenterología y Ginecología el 2.7% (4), Proctología y Urología 2% (3), Otorrinolaringología y Cirugía Maxilofacial 4% (6), Anestesiología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vascular y Cardiología 5.3% (9).

Tabla 1.2 Distribución por servicios de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.

<i>Servicio</i>	Médicos Residentes		Enfermeras	
	FA	%	FA	%
Emergencia	17	12	23	15.3
Terapia intensiva	12	8.5	24	16
Cirugía general	8	5.6	8	5.3
Traumatología	8	5.6	8	5.3
Oncología	3	2.1	5	3.3
Cardiología	6	4.2	9	6
Neurología	6	4.2	7	4.7
Cirugía plástica	9	6.3	9	6
Neurocirugía	4	2.8	6	4
Nefrología	3	2.1	10	6.7
Pediatría	5	3.5	6	4
Gastroenterología	4	2.8	0	-
Urología	4	2.8	3	2
Neumología	11	7.7	9	6
C. Maxilofacial	3	2.1	-	-
Anestesiología	8	5.6	-	-
Ginecología	7	4.9	4	2.7
ORL	1	0.7	6	4
Proctología	1	0.7	-	-
C. Vascular	4	2.8	-	-
C. Cardíaca	2	1.4	-	-
Hematología	2	1.4	-	-
M. Interna	10	7	8	5.3
C. Cardiorrespiratoria	4	2.8	5	3.3

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.3.2 *Horas de Trabajo Semanal*

De los 292 participantes de la muestra trabajan semanalmente entre 40 y 49 horas el 43.8% (n=128), de estos el 16 (11.3%) son médicos residentes y 112 (74.3%) son enfermeras, entre 50 y 59 horas se encontró el 19.2 % (n=56) de la muestra, de este porcentaje 41 (28.9%) son médicos residentes y 15 (10%) son enfermeras, entre 60 y 69 horas se obtuvo el 11.6% (n=33) de los cuales 28 (19.7%) son médicos residentes y 6 (4%) son enfermeras, entre 70 y 79 horas el 6.8 % (n=20) siendo 14 (9.9%) médicos residentes y 6 (4%) enfermeras. **Tabla 1.3**

4.1.3.3 *Tiempo de Servicio en la Institución*

Se encontró un mayor porcentaje en el tiempo de servicio de 1 a 3 años, ya que el 56.7% (85) son enfermeras (con nombramiento y con contrato), mientras que el 52.1 % (74) son médicos residentes asistenciales y algunos médicos residentes postgradistas que permanecen durante toda su formación en la institución. En el tiempo de servicio menor a 6 meses el 23.9% (34) y el tiempo menor a 1 año de 20.4% (29) corresponden a médicos residentes, debido a que la mayoría de los participantes son médicos postgradistas y durante su formación rotan por varios hospitales de la ciudad. **Tabla 1.3**

4.1.3.4 *Situación Laboral*

El 48.6% (142) corresponde a médicos residentes, de estos 66 (46.5%) son residentes asistenciales y 76 (53.5%) son residentes postgradistas. El 51.4% (150) corresponde al personal de enfermería, conformado por enfermeras con contrato 91 (60.7%) y por enfermeras con nombramiento 59 (39.3%). **Tabla 1.3**

Tabla 1.3 Características laborales de la muestra de Médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011.

	Médicos Residentes		Enfermeras	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
<i>Horas de trabajo semanal</i>				
40 -49	16	11.3	112	74.7
50-59	41	28.9	15	10
60-69	28	19.7	6	4
70-79	14	9.9	6	4
80 o más	43	30.3	11	7.3
<i>Tiempo de servicio en la institución</i>				
Menos de 6 meses	34	23.9	22	14.7
Menos de 1 año	29	20.4	9	6
De 1 a 3 años	74	52.1	85	56.7
4 años o más	5	3.5	34	22.7
<i>Situación Laboral</i>				
Residentes Asistenciales	66	46.5		
Residentes Postgradistas	76	53.5		
Enfermera con Nombramiento			59	39.3
Enfermera con contrato			91	60.7

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4 SÍNDROME DE BURNOUT, SATISFACCIÓN LABORAL Y PATRÓN DE CONDUCTA

4.1.4.1 SÍNDROME DE BURNOUT

Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), en adaptación española, que mide los tres aspectos o dimensiones del síndrome: agotamiento emocional (AE) comprendido como la fatiga o falta de energía y la sensación de que los recursos emocionales se han agotado, despersonalización (DP) refiriéndose a la “deshumanización del individuo” en la cual se comienza a tratar a las personas como objetos, actuando en forma distante e impersonal, y la realización personal baja (RP) que describe la tendencia a auto evaluarse negativamente, disminuyendo el sentimiento de competencia en el trabajo.

En la muestra de médicos residentes y enfermeras con respecto al síndrome de burnout se obtuvo una prevalencia de 39.7% (116), el mismo se compone de tres esferas, se encontró en cada uno de sus niveles lo siguiente: para el Agotamiento Emocional (AE), alto 27.7% (81), medio 20.2% (59) y bajo 52.1% (152), en la Realización Personal (RP) alto 69.5 % (203), medio 20.9% (61) y bajo 9.6 % (28) y Despersonalización (D) alto 26.7% (78), medio 20.5% (60) y bajo 52.7% (154).

4.1.4.1.1 Relación de las variables socio-demográficas con el Síndrome de Burnout

4.1.4.1.1.1 Género y síndrome de burnout

En la **Tabla 2.1** se observa que en el género femenino 49 (23.3%) presentan AE alto mientras que en el género masculino son 32 (39%) los individuos, la diferencia de medias entre el género femenino (17.4 ± 11.8) y masculino (23.7 ± 11.8) para AE fue de 6.26 con una desviación estándar de ± 1.54 , observándose un promedio más alto de AE en el género masculino, siendo estadísticamente significativo ($t = 4.06$ $p < 0.05$).

Para la RP se identifica en un bajo nivel en el género femenino con una frecuencia de 23 (11%) y en el género masculino una de 5 (6.1%), la diferencia de medias entre el género femenino (38.2 ± 10.3) y masculino (38.1 ± 9.8) para RP fue de 0.06 con una desviación estándar de ± 1.32 , observándose un promedio más alto de RP en el género femenino ($t = 0.048$).

En la D hallamos a 38 (18.1%) participantes pertenecientes al género femenino y 40 (48.8%) pertenecientes al género masculino, la diferencia de medias entre el género femenino (4.5 ± 4.6) y masculino (9.2 ± 7) para D fue de 4.6 con una desviación estándar de ± 0.8 , observándose un promedio más alto de D en el género masculino, siendo estadísticamente significativo ($t = 4.6$ $p < 0.05$).

Tabla 2.1 Síndrome de Burnout y género en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	Femenino	Masculino	
	FA/ %	FA / %	X ²
Agotamiento Emocional			
<i>Alto</i>	49 (23.3%)	32 (39%)	
<i>Medio</i>	35 (16.7%)	24 (29.3%)	18.9*
<i>Bajo</i>	126 (60%)	26 (31.7%)	
Realización Personal			
<i>Baja</i>	23 (11%)	5 (6.1%)	
<i>Media</i>	47 (22.4%)	14 (17.1%)	3.1
<i>Alta</i>	140 (66.7%)	63 (76.8%)	
Despersonalización			
<i>Alta</i>	38 (18.1%)	40 (48.8%)	
<i>Media</i>	45 (21.4%)	15 (18.3%)	
<i>Baja</i>	127 (60.5%)	27 (32.9%)	29.5*

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

Existe una asociación estadísticamente significativa entre el nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización y ser médico residente. En la baja realización personal no se encuentra una asociación estadísticamente significativa como se observa en la **Tabla 2.2**

Tabla 2.2 Nivel alto de componentes síndrome de burnout en médicos residentes-enfermeras del Hospital Eugenio Espejo

	Médicos	Enfermeras	
	%	%	OR (IC 95%)
Agotamiento emocional Alto	61 (43 %)	21 (14 %)	4.6 (2.6 – 8.16) *
Realización Personal Baja	56 (39.9%)	102 (68%)	0.3 (0.19-0.49)
Despersonalización Alta	61 (43%)	18 (12%)	5.5 (3-10) *

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: datos de la encuesta Elaborada: los autores

4.1.4.1.1.2 Edad y síndrome de burnout

Al hablar del nivel alto de agotamiento emocional (AE) se observó en el rango de edad que comprende entre los 24 y 29 años hay 54 (41.5%) individuos, entre 30 y 34 años 29 (30.9%), entre 35 y 39 años 3 (13.6%).

En la escala de la Realización Personal (RP) se evidencia un bajo nivel en las edades comprendidas entre los 24 y 29 años con una frecuencia de 10 (7.7%) y entre 30 y 34 años 15 (16%) participantes, representando la mayor frecuencia observada en este intervalo de edad.

Se evidencia un nivel alto de Despersonalización (D) mayor en el intervalo de edad de 24 a 29 años con 48 (36.9%) individuos en comparación a los encontrados en el intervalo de 30 a 34 años con 25 (26.6%). **Tabla 2.3**

Tabla 2.3 Síndrome de Burnout y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	Agotamiento Emocional			X ²	Realización Personal			X ²	Despersonalización			X ²
	Alto	Medio	Bajo		Baja	Media	Alta		Alta	Media	Baja	
	FR/%	FR/%	FR/%		FR/%	FR/%	FR/%		FR/%	FR/%	FR/%	
24-29	48(36.9%)	28(21.5%)	54(41.5%)		10 (7.7%)	29 (22.3%)	91 (70%)		48 (36.9%)	27 (20.8%)	55 (42.3%)	
30-34	29 (30.9%)	23 (24.5%)	42 (44.7%)		15(16%)	20 (21.3%)	59 (62.8%)		25 (26.6%)	23 (24.5%)	46 (48.9%)	
35-39	3 (13.6%)	4 (18.2%)	15 (68.2%)	39.2*	2 (9.1%)	4 (18.2%)	16 (72.7%)	12.8	2 (9.1%)	5(22.7%)	15 (68.2%)	30.3*
40-44	-----	-----	13 (100%)		1 (7.7%)	1 (7.7%)	11 (84.6%)		-----	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
45-49	1 (4.5%)	2 (9.1%)	19 (86.9%)		-----	3 (13.6%)	19 (86.4%)		2 (9.1%)	2 (9.1%)	18 (81.8%)	
50 o más	-----	2(18.2%)	9 (81.8%)		-----	4 (36.4%)	7 (63.6%)		1 (9.1%)	2 (18.2%)	8 (72.2%)	

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.1.1.3 Estado Civil y síndrome de burnout

De acuerdo al estado civil puede observarse que el nivel alto de AE con mayor frecuencia se encuentra en el grupo de los solteros con un 36.9% (48), mientras que el nivel bajo de RP es mayor en el grupo de unión libre con un 14.3% (2) y el nivel alto de D fue encontrado en mayor porcentaje en el grupo de los solteros obteniéndose un 36.9% (48) según los datos refleja que se muestran en la **Tabla 2.4**

Tabla 2.4 Síndrome de Burnout y estado civil en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	Agotamiento Emocional			X ²	Realización Personal			X ²	Despersonalización			X ²
	Alto	Medio	Bajo		Baja	Media	Alta		Alta	Media	Baja	
	FR/%	FR/%	FR/%		FR/%	FR/%	FR/%		FR/%	FR/%	FR/%	
Soltero	48(36.9%)	27(20.6%)	56 (42.7%)		12 (9.2%)	25 (19.1%)	94 (71.8%)		48 (36.9%)	27 (20.8%)	55 (42.3%)	
Casado	23 (19.3%)	29(24.4%)	67 (56.3 %)		13 (10.9%)	21 (17.6%)	85 (71.4%)		25 (26.6%)	23 (24.5%)	46 (48.9%)	
Unión Libre	5 (35.7%)	1 (7.1%)	8 (51.7%)	18.4*	2 (14.3%)	6 (42.9%)	6 (42.9%)	9.7	2 (9.1%)	5(22.7%)	15 (68.2%)	18.2*
Divorciado	5(18.5%)	2 (7.4%)	20 (74.1%)		1 (3.7%)	9 (33.3%)	17 (63%)		-----	1 (7.7%)	12 (92.3%)	
Viudo	-----	-----	1 (100 %)		-----	-----	1 (100%)		2 (9.1%)	2 (9.1%)	18 (81.8%)	

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.1.2. Relación de las variables laborales con el Síndrome de Burnout

4.1.4.1.2.1 Profesión y síndrome de burnout

En cuanto al nivel de agotamiento emocional (AE) de acuerdo a la profesión, en los 142 (100%) médicos residentes, se encontró que 60 (42.3%) presentan alto nivel, 39 (27.5%) nivel medio y 43 (13.4%) nivel bajo. Por otro lado en la esfera de la realización personal (RP) encontramos que los médicos residentes presentan un nivel alto 112 (78.9%) predominantemente, seguido por el nivel medio con una frecuencia de 20 (14.1%) y con un nivel bajo de 10 (7%). Por último en la esfera de la despersonalización (D) se evidenció 60 (42.3%) médicos residentes con un nivel alto, 30 (21.1%) con un nivel medio y 52 (36.6%) con un nivel bajo.

Se debe tomar en cuenta que no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de síndrome de burnout pero puntuaciones altas en Agotamiento emocional y Despersonalización y baja en Realización Personal definen el síndrome.

Mientras que de 150 (100%) participantes del personal de enfermería en la esfera de AE 21 (14%) presentan nivel alto, 20 (13.3%) nivel medio y 109 (72.7%) nivel bajo. En la RP tenemos que 91 (60.7%) presentan un nivel alto, 41 (27.3%) nivel medio y 18 (12%) nivel bajo. En lo que respecta a la despersonalización (D) 18 (12%) se encuentra que tienen nivel alto, 30 (20%) nivel medio y 102 (68%). **Tabla 2.5**

La diferencia de medias entre el médicos residentes (17.4 ± 11.8) y enfermeras (14.2 ± 10.6) para AE fue de 10.1 con una desviación estándar de ± 1.29 , observándose un promedio más alto de AE en los médicos residentes, siendo estadísticamente significativo ($t = 7.8$ $p < 0.05$), mientras la diferencia de medias entre el médicos residentes (38.4 ± 8.6) y enfermeras (37.9 ± 11.4) para RP fue de 0.5 con una desviación estándar de ± 1.1 , observándose un promedio más alto de RP en los médicos residentes ($t = 0.6$). Por otro lado la diferencia de medias entre el médicos residentes (8.3 ± 6.3) y enfermeras (3.4 ± 4) para D fue de 4.9 con una desviación estándar de ± 0.62 , observándose un promedio más alto de D en los médicos residentes, siendo estadísticamente significativo ($t = 7.8$ $p < 0.05$).

Con los resultados expuestos podemos observar que se evidencia un nivel alto de AE y de D en médicos residentes en relación a las enfermeras, mientras que en lo que respecta a la RP hallamos que en las enfermeras se encuentra en niveles bajos.

TABLA 2.5 Síndrome de Burnout en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011

Síndrome de Burnout	Médicos Residentes		Personal de Enfermería	
	FR	%	FR	%
<i>Agotamiento Emocional</i>				
Alto	60	42.3	21	14
Medio	39	27.5	20	13.3
Bajo	43	13.4	109	72.7
<i>Realización Personal</i>				
Alto	112	78.9	91	60.7
Medio	20	14.1	41	27.3
Bajo	10	7	18	12
<i>Despersonalización</i>				
Alta	60	42.3	18	12
Media	30	21.1	30	20
Baja	52	36.6	102	68

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.1.2.2. Situación Laboral y síndrome de burnout

En lo que respecta al AE en los médicos residentes no se encuentra una diferencia importante entre quienes son postgradistas y asistenciales, presentando frecuencias de 28 (42.4%) y 32 (42.1%) respectivamente. Se halló que la RP baja se presenta con mayor frecuencia en los médicos residentes postgradistas, con una frecuencia de 8 (10.5%) en relación a los médicos residentes asistenciales con una frecuencia de 2 (3%). Se observa que 34 (44.7%) residentes postgradistas presentan alto nivel de D, en comparación con a 26 (39.4%) residentes asistenciales.

En el personal de enfermería se encontró que las enfermeras de contrato presentan alto nivel de AE 19 (20.9%), bajo nivel de realización personal 14 (15.4%) y alto nivel de D 15 (16.5%) en comparación a las enfermeras de nombramiento que muestran frecuencias y porcentajes menores.

Tabla 2.6

Tabla 2.6 Síndrome de Burnout y situación laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	Agotamiento Emocional			X ²	Realización Personal			X ²	Despersonalización			X ²
	Alto	Medio	Bajo		Baja	Media	Alta		Alta	Media	Baja	
	FA/%	FA/%	FA/%		FA/%	FA/%	FA/%		FA/%	FA/%	FA/%	
<i>Residente Asistencial</i>	28(42.4%)	14(21.2%)	24 (36.4%)		2 (3%)	10 (15.2%)	54(81.8%)		26(39.4%)	16(24.2%)	24 (36.4%)	
<i>Residente Postgradista</i>	32 (42.1%)	25(32.9%)	19 (25 %)		8 (10.5%)	10 (13.2%)	58 (76.3%)		34 (44.7%)	14 (18.4%)	28 (36.8%)	
<i>Enfermera Contrato</i>	19 (20.9%)	14(15.4%)	58 (63.7%)		14 (15.4%)	33 (36.3%)	44 (48.4%)		15 (16.5%)	24 (26.4%)	52 (57.1%)	
<i>Enfermera Nombramiento</i>	2(3.4%)	6 (10.4%)	51 (86.4%)		4 (6.8%)	8 (13.6%)	47 (79.7%)		3 (5.1%)	6 (10.2%)	50 (84.7%)	

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: datos de la encuesta Elaborada: los autores

4.1.4.1.2.3. Horas de trabajo semanal y síndrome de burnout

Se determino que en el intervalo entre 70 a 79 horas semanales el 40 % (8) de la muestra presenta un nivel de AE alto seguido por el grupo que laboral más de 80 horas semanales 20 (37%). La RP baja la encontramos con mayor frecuencia en el grupo que labora de 60 a 69 horas semanales siendo 4 (11.8%). La D con nivel alto se observa en el grupo que labora de 70 a 79 horas semanales 12 (60%), seguido por el grupo que labora de 60 a 69 horas 15 (44.1%). **Tabla 2.7**

Tabla 2.7 Síndrome de Burnout y horas de trabajo semanal en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	Agotamiento Emocional			X ²	Realización Personal			X ²	Despersonalización			X ²
	Alto	Medio	Bajo		Baja	Media	Alta		Alta	Media	Baja	
	FA/%	FA/%	FA/%		FA/%	FA/%	FA/%		FA/%	FA/%	FA/%	
40 -49	23 (28%)	17 (13.3%)	88 (68.8%)		13 (10.2%)	32 (25%)	83 (64.8%)		14 (10.9%)	31 (24.2%)	83 (64.8%)	
50-59	9 (33.9%)	14 (25%)	23 (41.1%)		5 (8.9%)	9 (16.1%)	42 (75%)		22 (39.3%)	7 (12.5%)	27 (48.2%)	
60-69	11 (32.4%)	9 (26.5%)	14 (41.2%)		4 (11.8%)	8 (23.5%)	22 (64.7%)		15 (44.1%)	5 (14.7%)	14 (41.2%)	
70-79	8 (40%)	10 (50%)	2 (10%)		-----	2 (10%)	18 (90%)		12 (60%)	5 (25%)	3 (15%)	
80 o más	20 (37%)	9 (16.7%)	25 (46.3%)		6 (11.1%)	10 (13.5%)	38 (70.4%)		15 (27.8%)	12 (22.2%)	27 (50%)	
				37.7*				7.3				40*

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: datos de la encuesta Elaborada: los autores

4.1.4.1.2.4 Servicio y síndrome de burnout

En los médicos residentes la mayor frecuencia de nivel alto de AE se presentó en los servicios de Medicina Interna con 8 (13.3%), Emergencia con 7 (11.7%), Neumología con 6 (10%) y Cardiología con 5 (8.3%). Los niveles bajos de RP fueron encontrados con mayor frecuencia en los servicios de Terapia Intensiva con 2 (20%), Medicina Interna con 2 (20%), Emergencia con 1 (10%), Nefrología con 1 (10%), C. Maxilofacial con 1 (10%) y C. General 1 (10%). La D en niveles altos la encontramos con mayor frecuencia en los servicios de Neumología 7 (11.7%), Emergencia con 6 (10%), Medicina Interna 6 (10%), Terapia Intensiva 5 (8.3%) y Traumatología 5 (8.3%).

En las enfermeras la mayor frecuencia de AE con niveles altos se evidenció en los servicios de Emergencia 4 (19%), Terapia Intensiva 4 (19%) y Nefrología 3 (14.3%), Medicina Interna 2 (9.5%), Neurología 1 (4.8%), Pediatría 1 (4.8%), Urología 1 (4.8%) y Ginecología 1 (4.8%). La RP con niveles bajos se encuentra con mayor frecuencia en los servicios de Terapia Intensiva 5 (27.8%), Nefrología 3 (16.7%) Emergencia 2 (11.1%) y Neumología 2 (11.1%). Los niveles altos de D se encontraron con mayor frecuencia en los servicios de Pediatría 3 (16.7%), Emergencia 2 (11.1%), Neumología 2 (11.1%), Medicina 2 (11.1%) y CCT 2 (11.1%). **Anexo 1**

4.1.4.1.2.5. Tiempo de Servicio en la Institución y síndrome de burnout

Se evidencia que los niveles altos de AE se presentan con mayor frecuencia en los participantes que laboran en la institución menos de 1 año con un 42.1% (16), seguido por los que laboran en la institución menos de 6 meses con un 37.1% (13).

El grupo de participantes que presentan niveles bajos de RP son los que laboran en la institución menos de 6 meses 14.3% (5), seguidos por los que laboran 4 años a más 11.3% (9).

En la D se halló que los participantes que laboran menos de 1 año con un porcentaje de 47.4% (18) tienen niveles altos, seguidos por los que laboran en la institución menos de 6 meses con un porcentaje de 34.3% (12). **Tabla 2.8**

Tabla 2.8 Síndrome de Burnout y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	Agotamiento Emocional			X ²	Realización Personal			X ²	Despersonalización			X ²
	<i>Alto</i> FA/%	<i>Medio</i> FA/%	<i>Bajo</i> FA/%		<i>Baja</i> FA/%	<i>Media</i> FA/%	<i>Alta</i> FA/%		<i>Alta</i> FA/%	<i>Media</i> FA/%	<i>Baja</i> FA/%	
Menos de 6 meses	13 (37.1%)	8 (22.9%)	14 (40%)		5 (14.3%)	7 (20%)	23 (65.7%)		12 (34.3%)	4 (11.4%)	19 (54.3%)	
Menos de 1 año	16 (42.1%)	11 (28.9%)	11 (28.9%)		4 (10.5%)	2 (5.3%)	32 (84.2%)		18 (47.4%)	11 (28.9%)	9 (23.7%)	
De 1 a 3 años	40 (28.8%)	30 (21.6%)	69 (49.6%)		10 (7.2%)	37 (26.6%)	92 (66.2%)		39 (28.1%)	34 (24.5%)	66 (47.5%)	
4 años o más	12 (15%)	10 (12.5%)	58 (72.5%)	24*	9 (11.3%)	15 (18.8%)	56 (70%)	10	9 (11.3%)	11 (13.8%)	60 (75%)	33.9*

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.2 .SATISFACCIÓN LABORAL

Al momento de observar la satisfacción laboral se obtuvo que la misma se encuentra determinada por la Satisfacción Extrínseca (SE) y la Satisfacción Intrínseca (SI), que juntamente conforman la Satisfacción General (SG). Cada una de ellas tiene niveles distintos los cuales son: Muy Satisfecho, Satisfecho, Indiferente, Insatisfecho y Muy Insatisfecho.

4.1.4.2.1 Género y satisfacción laboral

Dentro de la Satisfacción General se reconoce que el 71.9% (151) del género femenino se encuentran muy satisfechas y el 4.8% (10) están insatisfechas en comparación con el género masculino con un 47.5% (39) que se encuentran satisfechos y 4.9% (4) están insatisfechos. **Tabla 3.1**

TABLA 3.1 Satisfacción laboral y género en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Satisfacción Laboral	Femenino	Masculino	X ²
	FA/ %	FA / %	
<i>General</i>			
Muy Satisfecho	151 (71.9%)	39 (47.6%)	19*
Satisfecho	35 (16.7%)	24 (29.3%)	
Indiferente	13 (6.2%)	15 (18.3%)	
Insatisfecho	10 (4.8%)	4 (4.9%)	
Muy Insatisfecho	1 (0.5%)	-----	
<i>Extrínseca</i>			
Muy Satisfecho	133 (63.3%)	36 (43.9%)	24.5*
Satisfecho	50 (23.8%)	19 (23.2%)	
Indiferente	12 (5.7%)	21 (25.6%)	
Insatisfecho	13 (6.2%)	5 (6.1%)	
Muy Insatisfecho	2 (1%)	1 (1.2%)	
<i>Intrínseca</i>			
Muy Satisfecho	154 (73.3%)	49 (59.8%)	7.4
Satisfecho	25 (11.9%)	19 (23.2%)	
Indiferente	15 (7.1%)	8 (9.8%)	
Insatisfecho	15 (7.1%)	6 (7.3%)	
Muy Insatisfecho	1 (0.5%)	-----	

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

Se observa que el género femenino se encuentra muy satisfecho laboralmente en las tres esferas (SG, SE y SI) en comparación al género masculino.

La diferencia de medias entre el género femenino (66.1 ± 17.9) y el género masculino (59.4 ± 17.7) para la satisfacción general fue de 6.7 con una desviación estándar de ± 2.3 , observándose mayor satisfacción general en el género femenino, siendo estadísticamente significativo ($t = 2.8$ p <0.05), mientras que la diferencia de medias entre el género femenino (33.6 ± 9.6) y el género masculino (30 ± 10) para la satisfacción extrínseca fue de 3.5 con una desviación estándar de ± 1.2 , observándose mayor satisfacción extrínseca en el género femenino siendo estadísticamente significativo ($t = 2.7$ p <0.05). Por otro lado la diferencia de medias entre el género femenino (33.2 ± 12.2) y género masculino (29.6 ± 9.1) para la satisfacción intrínseca fue de 3.5 con una desviación estándar de ± 1.4 , observándose mayor satisfacción en el género femenino, siendo estadísticamente significativo ($t = 2.3$ p <0.05).

4.1.4.2.2 Edad y satisfacción laboral

En cuanto a la satisfacción general se evidencia que el intervalo que comprende las edades entre 40 y 44 años es el que presenta mayor número de participantes muy satisfechos 13 (100%), en el de 30 y 34 años se presenta e mayor número de individuos indiferentes 12 (12.8%) e insatisfechos 8 (8.5%). **Tabla 3.2**

Tabla 3.2 Satisfacción laboral general y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Edad	Satisfacción General					X ²
	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	
	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	
24-29	77 (59.2%)	35 (26.9%)	12 (9.2%)	6 (4.6%)	-----	33.4*
30-34	52 (55.3%)	22 (23.4%)	12 (12.8%)	8 (8.5%)	-----	
35-39	20 (90.9%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	-----	-----	
40-44	13 (100%)	-----	-----	-----	-----	
45-49	18 (81.8%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	-----	1 (4.5%)	
50 o mas	10 (90.9%)	-----	1 (9.1%)	-----	-----	

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

En la satisfacción extrínseca observamos en el intervalo de 24 a 29 años individuos muy insatisfechos 2 (1.5%), al igual que en el intervalo de 45 a 49 años 1 (4.5%) **Tabla 3.3**

Tabla 3.3 Satisfacción laboral extrínseca y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Edad	Satisfacción Extrínseca					X ²
	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	
	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	
24-29	65 (50%)	44 (33.8%)	12 (9.2%)	7 (5.4%)	2 (1.5%)	55.3*
30-34	43 (45.7%)	22 (23.4%)	18 (19.1%)	11 (11.7%)	-----	
35-39	19 (86.4%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	-----	-----	
40-44	13 (100%)	-----	-----	-----	-----	
45-49	19 (86.4%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	-----	1 (4.5%)	
50 o mas	10 (90.9%)	1 (9.1%)	-----	-----	-----	

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

Los individuos que se encuentran insatisfechos (Satisfacción Intrínseca) están en el intervalo de edad que va desde los 30 a los 34 años 12 (12.8%). Mientras que los individuos de 50 años o más se encuentran muy satisfechos 12 (92.3%). **Tabla 3.4**

Tabla 3.4 Satisfacción laboral intrínseca y edad en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Edad	Satisfacción Intrínseca					X ²
	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	
	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	
24-29	85 (65.4%)	25 (19.2%)	14 (10.8%)	6 (4.6%)	-----	
30-34	58 (61.7%)	16 (17%)	8 (8.5%)	12 (12.8%)	-----	
35-39	21 (95.5%)	1 (4.5%)	-----	-----	-----	
40-44	12 (92.3%)	1 (7.7%)	-----	-----	-----	
45-49	17 (63.3%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	1 (4.5%)	
50 o mas	10 (90.9%)	-----	-----	1 (9.1%)	-----	37.8*

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.2.3 Profesión y satisfacción laboral

En la Satisfacción General hallamos que 13 (9.2%) de los médicos residentes se encuentran insatisfechos, mientras que en el personal de enfermería la insatisfacción general es prácticamente inexistente, ya que la frecuencia es de 1 (0.7%).

En la escala de Muy Satisfecho se encuentran 125 (83.3%) enfermeras, mientras que en los médicos residentes se encontró una frecuencia de 65 (45.8%). Para la categoría Satisfecho en los médicos residentes encontramos 46 (32.4%) y en las enfermeras 13 (8.7%).

Para la Satisfacción Extrínseca se encuentran muy satisfechos 56 (39.4%) médicos residentes y 113 (75.3%) enfermeras, mientras que insatisfechos tenemos 15 (10.6%) médicos residentes y 3 (2%) enfermeras, además se encontraron muy insatisfechos 2 (1.4%) de los médicos residentes y 1 (0.7%) enfermera. Se evidencia un considerable número de médicos residentes que se demuestran indiferentes en relación a las enfermeras presentando una frecuencia de 23 (16.2%) y 10 (6.7 %) respectivamente.

En relación a la satisfacción intrínseca tenemos a 83 (58.5%) médicos residentes y a 120 (80%) enfermeras muy satisfechas, por otro lado están insatisfechos 15 (10.6%) médicos residentes y 6 (4%) de enfermeras. **Tabla 3.5**

TABLA 3.5 Niveles de satisfacción Laboral en médicos y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011

Variable	Médicos Residentes		Personal de enfermería	
Satisfacción Laboral	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencias	Porcentaje %
<i>General</i>				
Muy Satisfecho	65	45.8	125	83.3
Satisfecho	46	32.4	13	8.7
Indiferente	18	12.7	10	6.7
Insatisfecho	13	9.2	1	0.7
Muy Insatisfecho	-	-	1	0.7
<i>Extrínseca</i>				
Muy Satisfecho	56	39.4	113	75.3
Satisfecho	46	32.4	23	15.3
Indiferente	23	16.2	10	6.7
Insatisfecho	15	10.6	3	2
Muy Insatisfecho	2	1.4	1	0.7
<i>Intrínseca</i>				
Muy Satisfecho	83	58.5	120	80
Satisfecho	33	23.2	11	7.3
Indiferente	11	7.7	12	8
Insatisfecho	15	10.6	6	4
Muy Insatisfecho	-	-	1	0.7

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

La diferencia de medias entre el médicos residentes (57.9 ± 17.2) y enfermeras (70 ± 16.8) para Satisfacción general fue de 12.36 con una desviación estándar de ± 1.9 , observándose un promedio más alto de SG en el personal de enfermería, siendo estadísticamente significativo ($t = 6.1$ p <0.05), mientras la diferencia de medias entre el médicos residentes (29 ± 9.4) y enfermeras (35.9 ± 9) para la satisfacción extrínseca fue de 6.8 con una desviación estándar de ± 1 , observándose un promedio más alto de SE en enfermeras siendo estadísticamente significativo ($t = 6.3$ p <0.05). Por otro lado la diferencia de medias entre el médicos residentes (29 ± 9.2) y enfermeras (35.2 ± 12.7) para la SI fue de 6.2 con una desviación estándar de ± 1.3 , observándose un promedio más alto de SI el personal de enfermería, siendo estadísticamente significativo ($t = 7.8$ p <0.05).

Se evidencio una asociación estadísticamente significativa entre la insatisfacción general y la insatisfacción intrínseca y ser médico residente. Mientras que no se encuentra una asociación estadísticamente significativa con la insatisfacción intrínseca como vemos en la **Tabla 3.6**

Tabla 3.6 Insatisfacción Laboral en Médicos residentes - enfermeras del Hospital Eugenio Espejo

	Médicos FR/%	Enfermeras FR/%	OR (IC 95%)
Insatisfacción General	12 (8.5 %)	2 (1.3 %)	6.8 (1.5-31) *
Insatisfacción extrínseca	14 (9.9 %)	4 (2.7 %)	3.9 (1.2-12.4)
Insatisfacción intrínseca	15 (10.6%)	6 (4%)	2.83 (1.08-7.5) *

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

En la **Tabla 3.7** Se evidencia mayor número de médicos postgradistas insatisfechos 7 (9.2%), 8 (10.5%) y 9 (11.8%) con respecto a la satisfacción general, extrínseca e intrínseca respectivamente, en relación a los residentes asistenciales quienes se encuentran muy satisfechos. Las enfermeras se presentan muy satisfechas sin importar su situación laboral.

TABLA 3.7 Satisfacción laboral y situación laboral en médicos y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011

Variable	Médicos Residentes		Personal de enfermería	
	Postgradistas	Asistenciales	Contrato	Nombramiento
	FA (%)	FA(%)	FA (%)	FA (%)
General				
Muy Satisfecho	29 (38.2%)	36 (54.5%)	71 (78%)	54 (91.5%)
Satisfecho	31 (40.8%)	15 (22.7%)	13 (14.3%)	-----
Indiferente	9 (11.8%)	9 (13.6%)	6 (6.6%)	4 (6.8%)
Insatisfecho	7 (9.2%)	6 (9.1%)	1 (1.1%)	-----
Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	1 (1.7%)
Extrínseca				
Muy Satisfecho	26 (34.2%)	30 (45.5%)	60 (65.9%)	53 (89.8%)
Satisfecho	27 (35.5%)	19 (28.8%)	20 (22%)	3 (5.1%)
Indiferente	12 (15.8%)	11 (16.7%)	8 (8.8%)	2 (3.4%)
Insatisfecho	9 (11.8%)	6 (9.1%)	3 (3.3%)	-----
Muy Insatisfecho	2 (2.6%)	-----	-----	1 (1.7%)
Intrínseca				
Muy Satisfecho	44 (57.9%)	39 (59.1%)	68 (74.7%)	52 (88.1%)
Satisfecho	21 (27.6%)	12 (18.6%)	9 (9.9%)	2 (3.4%)
Indiferente	3 (3.9%)	8 (12.1%)	10 (11%)	2 (3.4%)
Insatisfecho	8 (10.5%)	7 (10.6%)	4 (4.4%)	2 (3.4%)
Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	1 (1.7%)

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.2.4 Tiempo de Servicio en la Institución y satisfacción laboral

De acuerdo a lo observado en la satisfacción general encontramos participantes muy satisfechos en el tiempo de servicio de menos de 6 meses en un 54.3 % (19) y 14.3 (5) insatisfechos, en el tiempo de menos de 1 año 52.6% (20) están muy satisfechos y 5.3% (2) insatisfechos, de 1 a 3 años 59%(82) están muy satisfechos e insatisfechos están el 3.6% (5) y 4 o mas años 86.3% (69). Por

último en el tiempo de 4 años o mas están muy satisfechos 86.3% (69) , insatisfechos 2.5% (2) y muy insatisfechos 1.3% (1) que se encuentran en el mismo intervalo. **Tabla 3.8**

Tabla 3.8 Satisfacción laboral general y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Tiempo de Servicio en la Institución	Satisfacción General					X ²
	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	
	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	
< 6 meses	19 (54.3%)	5 (14.3%)	6 (17.1%)	5 (14.3%)	-----	
<1 año	20 (52.6%)	12 (31.6%)	4 (10.5%)	2 (5.3%)	-----	
1 - 3 años	82 (59%)	41 (29.5%)	11 (7.9%)	5 (3.6%)	-----	
≥ 4 años	69 (86.3%)	1 (1.3%)	7 (8.8%)	2 (2.5%)	1 (1.3%)	44.1*

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

En la satisfacción extrínseca se evidencia que los participantes se encuentran muy satisfechos en relación al tiempo de servicio en la institución, como se evidencia en la **Tabla 3.9**

Tabla 3.9 Satisfacción laboral extrínseca y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Tiempo de Servicio en la Institución	Satisfacción Extrínseca					X ²
	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	
	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	
< 6 meses	17 (48.6%)	6 (17.1%)	4 (11.4%)	8 (22.9%)	-----	
<1 año	21 (55.3%)	12 (31.6%)	1 (2.6%)	2 (5.3%)	2 (5.3%)	
1 - 3 años	73 (52.5%)	40 (28.8%)	20 (14.4%)	6 (4.3%)	-----	
≥ 4 años	58 (72.5%)	11 (13.8%)	8 (10%)	2 (2.5%)	1 (1.3%)	41.3*

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

En la satisfacción intrínseca se identifico que los participantes se encuentran muy satisfechos con respecto al tiempo de servicio. **Tabla 3.10**

Tabla 3.10 Satisfacción laboral intrínseca y tiempo de servicio en la institución en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

Tiempo de Servicio en la Institución	Satisfacción Intrínseca					X ²
	Muy Satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Insatisfecho	Muy Insatisfecho	
	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	FA / %	
< 6 meses	16 (45.7%)	9 (25.7%)	5 (14.3%)	5 (14.3%)	-----	
<1 año	26 (68.4%)	7 (18.4%)	2 (5.3%)	3 (7.9%)	-----	
1 - 3 años	93 (66.9%)	24 (17.3%)	14 (10.1%)	8 (5.8%)	-----	
≥ 4 años	68 (85%)	4 (5%)	2 (2.5%)	5 (6.3%)	-----	26*

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.4.3 PATRÓN DE CONDUCTA

En relación al género femenino se presentó un patrón de conducta tipo A en el 59.4% (41) y patrón tipo B en el 75.8% (169). En el género masculino el patrón de conducta tipo A tiene un porcentaje de 40.6% (28) y el patrón tipo B un 24.2% (54). Encontrándose una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=6.8$ OR=0.4 $p < 0.05$).

En el patrón de conducta observamos que los médicos residentes tienen un patrón de conducta tipo A 46 (32.4%) y 96 (66.6%) tienen un patrón de conducta tipo B. En el personal de enfermería tenemos que 23 (15.3%) presentan un patrón de conducta tipo A y 127 (84.7%) presentan un patrón de conducta tipo B.

Se evidencia una mayor frecuencia del patrón de conducta tipo A en los médicos residentes, sin embargo en la totalidad de la muestra el patrón de conducta tipo B es el que se encuentra con mayor frecuencia, siendo 223 (76.4%) los individuos que presentan dicho patrón. **Tabla 4.1**

Tabla 4.1 Tipos de patrón de conducta en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio – julio 2011

Variable	Médicos residentes		Personal de enfermería	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencias	Porcentaje %
Tipo A	46	32.4	23	15.3
Tipo B	96	67.6	127	84.7

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

En la **Tabla 4.2** se observa que existe una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de patrón de conducta tipo A ser médico .

TABLA 4.2. Patrón de Conducta en Médicos residentes – enfermeras del Hospital Eugenio Espejo

	Médicos FA %	Enfermeras FA%	OR (IC 95%)
Tipo A	46 (32.4 %)	23 (15.3%)	2.6 (1.5- 4.6) *

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

4.1.5 RELACIÓN ENTRE COMPONENTES DE SÍNDROME DE BOURNOUT, SATISFACCIÓN LABORAL Y PATRÓN DE CONDUCTA EN MÉDICOS RESIDENTES Y ENFERMERAS

En la satisfacción general se observa que los médicos residentes que presentan nivel alto de agotamiento emocional se encuentran insatisfechos en un porcentaje de 61.5% (8) presentando una asociación estadísticamente significativa (χ^2 18.7 $p < 0.05$). En comparación a las enfermeras que a pesar de tener un nivel alto de agotamiento emocional no se encuentran insatisfechas.

Con respecto a la satisfacción extrínseca se observa que los médicos residentes que presentan nivel alto de agotamiento emocional se encuentran insatisfechos en un porcentaje de 66.7% (10) presentando una asociación estadísticamente significativa (χ^2 20.1 $p < 0.05$). Mientras que las enfermeras con altos niveles de agotamiento emocional se encuentran insatisfechas en un porcentaje de 33.3 % (1).

En cuanto a la satisfacción intrínseca se observa que los médicos residentes que presentan nivel alto de agotamiento emocional se encuentran insatisfechos en un porcentaje de 60% (9) presentando una asociación estadísticamente significativa (χ^2 19.2 $p < 0.05$), mientras que las enfermeras no se encuentra esta relación, ya que se encuentran satisfechas 63.6% (7) que tienen alto nivel de agotamiento emocional **Tabla 5.1**

Tabla 5.1 Relación entre Agotamiento Emocional y Satisfacción Laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

SATISFACCIÓN LABORAL		AGOTAMIENTO EMOCIONAL					
		MÉDICOS RESIDENTES			ENFERMERAS		
		ALTO FA/%	MEDIO FA/%	BAJO FA/%	ALTO FA/%	MEDIO FA/%	BAJO FA/%
SG	Muy Satisfecho	19 (29.2%)	18 (27.7%)	28 (43.1%)	12 (9.6%)	14 (11.2%)	99 (79.2%)
	Satisfecho	20 (42.5%)	16 (34.8%)	10 (21.7%)	6 (46.2%)	2 (15.4%)	5 (38.5%)
	Indiferente	13 (72.2%)	4 (22.2%)	1 (5.6%)	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)
	Insatisfecho	8 (61.5%)	1 (7.7%)	4 (30.8%)	-----	-----	1 (100%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	-----	1 (100%)	-----
SE	Muy Satisfecho	16 (28.6%)	17 (30.4%)	23 (41.1%)	10 (8.8%)	13 (11.5%)	90 (79.6%)
	Satisfecho	20 (13.5%)	12 (26.1%)	14 (30.4%)	8 (34.8%)	1 (4.3%)	14 (60.9%)
	Indiferente	14 (60.9%)	7 (30.4%)	2 (8.7%)	2 (20%)	4 (40%)	4 (40%)
	Insatisfecho	10 (66.7%)	1 (6.7%)	4 (26.7%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)
	Muy Insatisfecho	-----	2 (100%)	-----	-----	1 (100%)	-----
SI	Muy Satisfecho	26 (31.1%)	23 (27.7%)	34 (41%)	11 (9.2%)	14 (11.7%)	95 (79.2%)
	Satisfecho	16 (48.5%)	12 (36.4%)	5 (15.2%)	7 (63.6%)	2 (18.2%)	2 (18.2%)
	Indiferente	9 (81.8%)	2 (18.2%)	-----	3 (25%)	3 (25%)	6 (50%)
	Insatisfecho	9 (60%)	2 (13.3%)	4 (26.7%)	-----	-----	6 (100%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	-----	1 (100%)	-----

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

Se realiza una regresión lineal entre el agotamiento emocional y la satisfacción laboral general, extrínseca e intrínseca y se encuentra que al disminuir la satisfacción (SG) en 0.11, (SE) 0.27 y (SI) 0.06 el agotamiento incrementa en una proporción inversa (un punto más).

En relación a la baja realización personal el 30.8 % (4) de médicos residentes se encuentran insatisfechos (SG), mientras que en las enfermeras observamos que las que presentan baja realización personal se encuentran muy satisfechas en un porcentaje de 12% (15).

En la satisfacción extrínseca se encontró una relación entre la insatisfacción y la baja realización personal en médicos residentes en un 26.7 % (4), obteniéndose una asociación estadísticamente significativa (χ^2 20.1 $p < 0.05$).

Un 26.7% (4) de médicos residentes que tienen una realización personal baja se encuentran insatisfechos, con una asociación estadísticamente significativa (χ^2 19.3 $p < 0.05$), mientras que en las enfermeras no existe esta relación, ya que las que presentan una realización personal baja se encuentran satisfechas 18.2% (2) y muy satisfechas 12.5 % (15). **Tabla 5.2**

Tabla 5.2 Relación entre Realización Personal y Satisfacción Laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

SATISFACCIÓN LABORAL		REALIZACIÓN PERSONAL					
		MÉDICOS RESIDENTES			ENFERMERAS		
		BAJA FA/%	MEDIA FA/%	ALTA FA/%	BAJA FA/%	MEDIA FA/%	ALTA FA/%
SG	Muy Satisfecho	1 (1.5%)	6 (89.2%)	58 (89.2%)	15 (12%)	29 (23.2%)	81 (64.8%)
	Satisfecho	4 (8.7%)	8 (17.4%)	34 (73.9%)	-----	7 (53.8%)	6 (46.2%)
	Indiferente	1 (5.6%)	1 (5.6%)	16 (88.9%)	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)
	Insatisfecho	4 (30.8%)	5 (38.5%)	4 (30.8%)	-----	-----	1 (100%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	-----	-----	1 (100%)
SE	Muy Satisfecho	3 (5.4%)	4 (7.1%)	49 (87.5%)	11 (9.7%)	27 (23.9%)	75 (66.4%)
	Satisfecho	2 (4.3%)	8 (17.4%)	36 (78.3%)	4 (17.4%)	9 (39.1%)	10 (43.5%)
	Indiferente	1 (4.3%)	3 (13%)	19 (82.6%)	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)
	Insatisfecho	4 (26.7%)	5 (33.3%)	6 (40%)	-----	2 (66.7%)	1 (33.3%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	2 (100%)	-----	-----	1 (100%)
SI	Muy Satisfecho	3 (3.6%)	7 (8.4%)	73 (88%)	15 (12.5%)	27 (22.5%)	78 (65%)
	Satisfecho	3 (9.1%)	6 (18.2%)	24 (72.7%)	2 (18.2%)	6 (54.5%)	3 (27.3%)
	Indiferente	-----	2 (18.2%)	9 (81.8%)	1 (8.3%)	5 (41.7%)	6 (50%)
	Insatisfecho	4 (26.7%)	5 (33.3%)	6 (40%)	-----	3 (50%)	3 (50%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	-----	-----	1 (100%)

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

Se realizó una regresión lineal entre realización personal y satisfacción laboral general, extrínseca e intrínseca y se obtuvo que al aumentar la SG en 0.1, SE en 0.05 y SI en 0.04 la realización incrementa en una proporción directa un punto más.

En la despersonalización observamos que los médicos residentes con alto grado de D se encuentran satisfechos (SG) un 65.2 % (30) e insatisfechos un 23.1% (3). Por lado las enfermeras con el mismo nivel de D se encuentran satisfechas en un 30.8 5 (4), sin evidenciarse insatisfacción.

Los médicos residentes con alto nivel de despersonalización presentan en un 56.5% están satisfechos y 26.7% (4) están insatisfechos (SE) mientras que todos los médicos muy insatisfechos presentan niveles altos de despersonalización.

En el personal de enfermería que presentan niveles altos de despersonalización se observa que el 26.1% (6) están satisfechas (SE) y el 33.3 % (1) están insatisfechas.

75.8 % (25) de los médicos residentes presentaron alto nivel de despersonalización y satisfacción (SI), en tanto que del 20 % (3) estuvieron insatisfechos.

Las enfermeras con alto grado de despersonalización en la SG, SE y SI se encuentran satisfechas con un 30.8% (11), 26.1%(6) y 54.5 %(6) respectivamente, y no se encontró a ningún individuo del personal de enfermería que se encuentre insatisfecho. **Tabla 5.3**

Tabla 5.3 Relación entre Despersonalización y Satisfacción Laboral en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

<i>SATISFACCIÓN LABORAL</i>		<i>DESPERSONALIZACIÓN</i>					
		<i>MÉDICOS RESIDENTES</i>			<i>ENFERMERAS</i>		
		<i>ALTA</i> FA/%	<i>MEDIA</i> FA/%	<i>BAJA</i> FA/%	<i>ALTA</i> FA/%	<i>MEDIA</i> FA/%	<i>BAJA</i> FA/%
SG	Muy Satisfecho	15 (23.1%)	16 (24.6%)	34 (52.3%)	11 (8.8%)	25 (20%)	89 (71.2%)
	Satisfecho	30 (65.2%)	7 (15.2%)	9 (19.6%)	4 (30.8%)	2 (15.4%)	7 (53.8%)
	Indiferente	12 (66.7%)	3 (16.7%)	3 (16.7%)	3 (30%)	3 (30%)	4 (40%)
	Insatisfecho	3 (23.1%)	4 (30.8%)	6 (46.2%)	-----	-----	1 (100%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	-----	-----	1 (100%)
SE	Muy Satisfecho	15 (26.8%)	12 (21.4%)	29 (51.8%)	9 (8%)	20 (17.7%)	84 (74.3%)
	Satisfecho	26 (56.5%)	9 (19.6%)	11 (23.9%)	6 (26.1%)	5 (21.7%)	12 (52.2%)
	Indiferente	13 (56.5%)	4(17.4%)	6 (26.1%)	2 (20%)	4 (40%)	4 (40%)
	Insatisfecho	4 (26.7%)	5 (33.3%)	6 (40%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)
	Muy Insatisfecho	2 (100%)	21 (25.3%)	-----	-----	-----	1 (100%)
SI	Muy Satisfecho	25 (30.1%)	21 (25.3%)	37 (44.6%)	11 (9.2%)	27 (22.5%)	82 (68.3%)
	Satisfecho	25 (75.8%)	3 (9.1%)	5 (15.2%)	6 (54.5%)	-----	5 (45.5%)
	Indiferente	7 (63.6%)	1 (9.1%)	3 (27.3%)	1 (8.3%)	3 (25%)	8 (66.7%)
	Insatisfecho	3 (20%)	5 (33.3%)	7 (46.7%)	-----	-----	6 (100%)
	Muy Insatisfecho	-----	-----	-----	-----	-----	1 (100%)

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

Se identifica una asociación estadísticamente significativa entre tener patrón de conducta Tipo A y tener niveles altos de AE 79% (23) y D 85.2% (23) en médicos residentes, para la esfera de la realización personal baja 58.3% (7) tenemos que existe una asociación estadísticamente significativa con tener patrón de conducta tipo A en las enfermeras. **Tabla 5.4**

Tabla 5.4 Relación del Síndrome de Burnout y Patrón de en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

SINDROME DE BURNOUT		PATRON DE CONDUCTA			
	TIPO A		TIPO B		
	MEDICOS FA %	ENFERMERAS FA %	MEDICOS FA %	ENFERMERAS FA %	X²
Agotamiento Emocional					
Alto	23 (79%)	6 (20.7%)	37 (71.2%)	15(28.8%)	12.2*
Medio	12 (75%)	4 (25%)	27 (68.2%)	16(37.2%)	
Bajo	11 (45.8%)	13(54.2%)	32 (25%)	96(75%)	
Realización personal					
Alto	5 (41.7%)	7 (58.3%)	5 (31.3%)	11(68.8%)	7.2*
Bajo	7 (43.8%)	9 (56.3%)	13 (28.9.8%)	32(71.1%)	
Medio	34 (82.9%)	7 (17.1%)	78 (48.1%)	84(51.9.8%)	
Despersonalización					
Alto	23 (85.2%)	23 (79%)	37 (72.5%)	14(27.5%)	7.1*
Medio	7 (63.3%)	12 (75%)	23 (46.9%)	26(53.1%)	
Bajo	16 (51.6%)	11 (45.8%)	36 (29.3%)	87(70.7%)	

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: Datos de la encuesta Elaboración: Los autores

El patrón de conducta Tipo A 23 (50%) es 1.5 veces más prevalente que el Tipo B 37 (39.6%) en los médicos residentes que presentan niveles altos de AE (OR:1.52 $p < 0.05$), al igual que en el personal de enfermería donde se encontró que el patrón de conducta Tipo A 6 (26.1%) es 2.6 veces más prevalente que el Tipo B 15 (11.8%) (OR:2.6 $p < 0.05$).

En cuanto a la realización personal y la despersonalización no existe una asociación estadísticamente significativa con el patrón de conducta. **Tabla 5.5**

Tabla 5.5 Relación del Síndrome de Burnout y Patrón de en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio 2011

	<i>Agotamiento Emocional alto</i>		<i>Realización personal baja</i>		<i>Despersonalización alta</i>	
	<i>FA/ %</i>	<i>OR IC (95 %)</i>	<i>FA/%</i>	<i>OR IC (95 %)</i>	<i>FA/%</i>	<i>OR IC (95 %)</i>
Médicos Residentes						
Patrón de conducta						
Tipo A	23 (50 %)	1.52 (0.75-3) *	18 (39.1 %)	0.98 (0.4 -2)	24 (52.2 %)	1.7 (0.8 -3.5)
Tipo B	37 (39.6%)		38(39.6%)		37 (38.5%)	
Enfermeras						
Patrón de conducta						
Tipo A	6 (26.1 %)	2.6 (0.8-7.7)*	15 (65.2 %)	0.8 (0.3 -2.1)	4 (17.4%)	1.6 (0.5 -5.7)
Tipo B	15 (11.8%)		87 (68.5 %)		14 (11%)	

* Valor significativo $p < 0.05$

Fuente: datos de la encuesta Elaborada: los autores

4.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A nivel mundial se han realizado diversos estudios acerca del síndrome de burnout ya que esta patología ha aumentado en los profesionales del área de la salud. Son muy pocos los estudios que se han realizado en el Ecuador, y son inexistentes los que buscan la relación del mismo con la satisfacción laboral y el patrón de conducta.

La muestra fue tomada a todo el personal de médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo, exceptuando aquellos individuos que presentaban criterios de exclusión, teniendo como ejemplo de ellos a la negarse a responder la encuesta o no encontrarse laborando en el hospital al momento de la encuesta.

Para definir que una persona presenta el síndrome, la misma debe presentar un alto nivel de agotamiento emocional, baja realización personal y un alto nivel de despersonalización, en este estudio se ha determinado que la prevalencia del síndrome de burnout en el personal de médicos residentes y enfermeras en el Hospital Eugenio Espejo es de 39.7 %; mayor a un estudios realizado previamente en el en el Hospital Enrique Garcés con una prevalencia del síndrome de 4% (Lascano 2008). Con respecto al mencionado estudio debemos tener en cuenta que se encuestó a médicos tratantes, médicos residentes, internos rotativos, enfermeras y personal administrativo, además de tener una muestra menor (195), por lo tanto el mencionado estudio existen diferencias importantes entre los grupos de participantes, mientras que en el presente estudio se seleccionó al personal sanitario que labora más horas a la semana en la institución.

Los resultados obtenidos indican valores altos de agotamiento emocional, alta despersonalización y adecuada realización personal en el personal médico y de enfermería, coincidiendo con el estudio de Solano (2002) y Franco Bontempo (1999). En cuanto a la tendencia que presentan los individuos con respecto a cada una de las esferas del síndrome se evidencia que para el alto agotamiento emocional es de 27.7%, para la baja realización personal de 9.6% y para una alta despersonalización de 26.7% concordando con el estudio de Caballero (2000), en el cual se obtuvo 30.6% para alto AE y 31.2% para alta despersonalización a excepción de la baja realización personal, ya que en esta investigación fue de 24%, mayor al porcentaje encontrado en el presente estudio.

El síndrome de burnout fue más frecuente en el género masculino con respecto al género femenino coincidiendo con el estudio realizado en el Hospital Quito No.1 (Lasso 2007) y con el realizado por Yeima (2003). Maslach en sus estudios iniciales (1983) difiere encontrando una prevalencia mayor en el género femenino.

En cuanto a la edad se encontró un nivel alto de agotamiento emocional (AE) en el rango de edad que comprende entre los 24 y 29 años un 41.5%, bajo nivel de realización personal en las edades comprendidas entre 30 y 34 años 16% de los participantes y un nivel alto de Despersonalización (D) mayor en el intervalo de edad de 24 a 29 años con 48 (36.9%) lo que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio de Dávila y Romero (2008) donde el rango de edad con mayor presencia de burnout fue el que comprende las edades entre los 24 a 28 años. Además como referencia local, y asimilándose a nuestros resultados en el Hospital Enrique Garcés de Quito se encontró que el promedio de edad donde se presentaba con mayor frecuencia el síndrome fue los 36 años (Lascano 2008).

Gould afirma que cuanto más joven es el profesional se encuentra con mayor frecuencia el síndrome, este fenómeno corresponde a que conforme pasan los años el mismo adquiere experiencia y madurez, haciendo que la forma en que afronta distintas situaciones estresantes sea mejor que la de años anteriores (Aragón, Isayana 2007), lo cual respalda los resultados obtenidos.

En el estado civil se evidenció que el grupo de los solteros es en el que el síndrome se presenta con mayor frecuencia, al igual que en el estudio realizado por Sandoval (2006) y Moya (2003), en el cual se expone que los solteros y los divorciados son los que presentan el síndrome con mayor frecuencia. El grupo de los solteros a diferencia de los participantes podrían presentar mayor frecuencia de síndrome al tener menos personas dentro de su círculo familiar como una pareja, que aporten medidas de afrontamiento y presenten un apoyo emocional (Irigoyen 1985).

Con respecto a la profesión se encontró que el nivel alto de agotamiento emocional fue encontrado con mayor frecuencia en médicos residentes con 42.3 % que en el personal de enfermería con 14 %, sin coincidir con el estudio realizado en Bahía Blanca (Verdinelli 2004) donde los niveles altos de AE se presentan con mayor frecuencia en enfermeras. Para la baja realización personal se observó que el personal de enfermería predomina sobre el médico con 12 % y 7 % respectivamente como sucede en el estudio de Lascano en el Hospital Enrique Garcés (2008). Este fenómeno puede deberse a que el personal de enfermería tiene poco reconocimiento social, ejerce una profesión sujeta a presión con falta de autonomía y con relaciones muy habitualmente conflictivas en el equipo de trabajo, como lo afirma Gilmonte (2008) y Rincón (2005).

Los niveles altos de despersonalización fueron encontrados con mayor frecuencia en el grupo de los médicos residentes (42.3%) en relación a las enfermeras (12 %) como se demuestra en el estudio de Alcaraz (2006). Los médicos muestran agotamiento emocional y despersonalización ya que son profesionales que presentan mayor número de estresores laborales, es decir mayor número de

situaciones que se consideran generadoras de estrés, según Blasco y Huet (1998) y De la Torre *et al.* (1998) que describieron una mayor incidencia de burnout en médicos, ya que atienden pacientes graves, vivencias frente a la muerte, la urgencia y la falta de reconocimiento social, así como por las condiciones laborales además es el profesional que tiene mayor carga de trabajo y, en especial, de responsabilidad.

Es probable que los médicos residentes hayan desarrollado la despersonalización a modo de una conducta defensiva, bajo la forma de trato deshumanizado hacia los demás considerándolos como objetos o meros números, lo cual contribuiría a disminuir la sensación de agotamiento y sobrecarga laboral.

Al hablar de la situación laboral podemos decir que los médicos residentes postgradistas presentan síndrome de burnout con mayor frecuencia con un porcentaje de 44.7 % en relación a los médicos residentes asistenciales que presentaron un 39.4 %, lo que concuerda con los resultados obtenidos en el estudio realizado por Moya en el Hospital Carlos Andrade Marín (2003). Los médicos residentes postgradistas a más de afrontar responsabilidades y presiones impuestas por la institución en la cual laboral, afrontan las impuestas por la universidad a la cual pertenecen, por lo que en relación a los médicos asistenciales tienen más factores estresantes.

Para la variable de los servicios se evidenció la aparición del síndrome con mayor frecuencia en medicina interna y emergencia. Estos resultados podrían deberse a la mayor carga horaria y la alta demanda en cuanto a número de pacientes que presentan estos servicios, además por lo importancia de las decisiones y actuaciones sobre la salud y la vida de sus pacientes (Bernaldo de Quirós y Labrador 2007). Si bien es cierto los médicos residentes enfrentan día a día decisiones que trascienden en la vida de sus pacientes y que aportan un nivel importante de estrés a los mismos, existen servicios que en los cuales se deben tomar decisiones importantes en un corto periodo de tiempo y con la presión de tener a más pacientes en espera que se encuentran en iguales o peores condiciones como los mencionados previamente.

Los individuos que laboran de 70 a 79 horas semanales presentan con mayor frecuencia niveles altos de agotamiento emocional y de despersonalización con 40 % y 60% respectivamente. Mientras que los que laboran de 60 a 69 horas semanales presentan mayor frecuencia de niveles bajos de realización personal. Estos grupos de participantes presentan un menor número de horas libres para desenvolverse en su vida fuera del hospital, al igual que el tiempo disponible de los mismos para descansar. Lo más probable es que el fenómeno que se presente es que el miembro del equipo de

salud tiene que reincorporarse a sus actividades, específicamente sus guardias, sin haber descansado adecuadamente y sin haber desarrollado ninguna actividad de esparcimiento.

Los niveles altos de AE se presentan con mayor frecuencia en los participantes que laboran en la institución menos de 1 año con un 42.1%, seguido por los que laboran en la institución menos de 6 meses con un 37.1%. El grupo de participantes que presentan niveles bajos de RP son los que laboran en la institución menos de 6 meses 14.3%. En la D se halló que los participantes que laboran menos de 1 año con un porcentaje de 47.4% tienen niveles altos, seguidos por los que laboran en la institución menos de 6 meses con un porcentaje de 34.3%. Este fenómeno se debe a que al encontrarse en la institución por primera vez, el participante se encuentra bajo la presión de desenvolverse adecuadamente, mientras al mismo tiempo debe aprender a laborar de acuerdo a las obligaciones impuestas por el hospital.

Al hablar de la satisfacción laboral encontramos que en la esfera de la satisfacción general los médicos y las enfermeras presentan un porcentaje bajo de insatisfacción con 9.2 % y 0.7% respectivamente. En la esfera de la satisfacción intrínseca se evidencia que 10.6% de médicos residentes y 6 % de enfermeras están insatisfechos, probablemente debido a falta de libertad para elegir el método de trabajo, falta de reconocimiento, la responsabilidad en la tarea, disminución de utilización de sus capacidades, fallas en las posibilidades de promoción, poca atención a sus sugerencias y por la variedad de tareas que deben realizar. El 10.6% médicos residentes y 2% de enfermeras refiere insatisfacción en la esfera de la satisfacción extrínseca posiblemente por malas relaciones interpersonales o con sus superiores, inadecuadas condiciones de trabajo, descontento con el salario, modo de gestión en la institución, horario de trabajo o por falta de estabilidad en el empleo.

Al momento de relacionar las síndrome de burnout con la satisfacción laboral encontramos una significancia estadística entre las dos variables, hablando específicamente de la esfera del agotamiento emocional y la satisfacción general en los médicos residentes, ya que los que presentan un nivel alto se encuentran insatisfechos en un 61.5% como en el estudio realizado por Roth y Pinto (2010), a diferencia de las enfermeras que a pesar de presentar un nivel alto se encuentran satisfechas. Con respecto a la satisfacción extrínseca se observa que los médicos residentes que presentan nivel alto de agotamiento emocional se encuentran insatisfechos en un porcentaje de 66.7%. En la satisfacción intrínseca sucede el mismo fenómeno predominando en los médicos residentes con 69%. El estudiar por separado a la satisfacción extrínseca e intrínseca es muy importante ya que de esta forma podemos identificar la causa de insatisfacción y si esta responde a

factores propias de la persona o si responde a factores dependientes del ambiente laboral, en este caso los médicos residentes tienen una insatisfacción dependiente de factores externos como podrían ser el ambiente laboral, las relaciones interpersonales, el reconocimiento profesional, el salario, relaciones con sus superiores y de factores internos que podrían ser malas relaciones familiares, baja autoestima, trastornos emocionales, mala organización del tiempo libre, falta de iniciativa y otros.

Existe una relación inversa entre la satisfacción general, extrínseca e intrínseca con el agotamiento emocional. Todo esto se demuestra en el estudio de Parada y Moreno (2005) en donde se encuentra que el agotamiento emocional y la despersonalización están inversamente correlacionadas con las tres esferas de la satisfacción laboral.

Los médicos residentes que tienen nivel bajo en la esfera de realización personal presentan un 30.8% de insatisfacción en la SG, 26.7% en la SE y 26.7% en la SI, lo que no se evidencia en el personal de enfermería puesto que a pesar de tener baja RP se encuentran satisfechas. Existe una relación directa entre la satisfacción general, extrínseca e intrínseca y la realización personal, a diferencia del estudio realizado por Parada y Moreno (2005) donde no se encontró relación entre la insatisfacción laboral y la baja realización personal, lo cual si se encuentra en el presente estudio.

La mayor parte de individuos que tienen niveles altos de despersonalización se encuentran en el grupo de los médicos residentes, cuando relacionamos esta esfera con la satisfacción general e intrínseca con 23.1 % y 20 % respectivamente, mientras que no se encuentran enfermeras insatisfechas con niveles altos de despersonalización. Sin embargo si se encuentra a participantes insatisfechas con altos niveles de despersonalización en el personal de enfermería con 33.3% siendo mayor al porcentaje presentado por los médicos residentes con 26.7%. Uno de los resultados negativos de la despersonalización es que se presenta poca amabilidad en enfermeras hacia los usuarios según Roth y Pinto (2010)

Para el patrón de conducta se evidencia que el género femenino presenta con mayor frecuencia el Tipo A con 59.4% en relación al género masculino con 40.6% al contrario de los resultados encontrados por Corredor y Monroy (2009) en su investigación. Los individuos con patrón de conducta tipo A presentan más fácilmente hostilidad en relación al tipo B. Este fenómeno es más marcado en el género femenino (Solís y Randeles 2010).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre tener patrón de conducta Tipo A y tener niveles altos de AE 79% y D 85.2% en los médicos residentes, y para la esfera de la

realización personal baja 58.3% se encontró que existe una asociación estadísticamente significativa con tener patrón de conducta tipo A en las enfermeras como lo expone Usache (2008). Los individuos con patrón de conducta tipo A presentan conductas de impaciencia, agresivas y competitivas, además presentan con mayor facilidad irritabilidad y tienen un compromiso excesivo con su trabajo. Estas conductas no favorecen un afrontamiento adecuado al estrés, por lo que este tipo de patrón conductual predispone la aparición del síndrome de burnout.

El patrón de conducta Tipo A es 1.5 veces más prevalente que el Tipo B en los médicos residentes que presentan niveles altos de AE, al igual que en el personal de enfermería donde se encontró que el patrón de conducta Tipo A es 2.6 veces más prevalente que el Tipo B. En cuanto a la realización personal y la despersonalización no existe una asociación estadísticamente significativa con el patrón de conducta.

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La prevalencia del Síndrome de Burnout en el Hospital Eugenio Espejo en los meses de junio y julio del 2011 fue: Agotamiento Emocional Alto 27.7%, Baja Realización Personal 69.5% y Despersonalización Alta 26.7%.
- Los niveles altos de agotamiento emocional (OR: 0.45 IC: 0.26-0.77) y despersonalización (OR: 2.23 IC: 1.13-0.41) presenta una asociación estadísticamente significativa con el género masculino.
- Los solteros y los que mantienen unión libre son los que presentan mayor prevalencia del síndrome con respecto a los otros estados civiles. (χ^2 17.3 $p < 0.05$)
- La prevalencia de síndrome de burnout es mayor en los médicos residentes (43%) que en las enfermeras (12%). (χ^2 35.4 $p < 0.05$)
- El rango de edad que presenta los niveles más altos de agotamiento emocional y de despersonalización es el que comprende de los 24 a 29 años (41.5%), mientras que se los niveles más bajos se encontraron en el que comprende las edades entre los 30 y 34 años (30.9%).
- Medicina Interna (AE 32.3%, RP 20 %, D 21.1%), y Emergencia (AE 30.7%, RP 21.1 %, D 21.1%) son los servicios que presentan el mayor número de individuos con síndrome de burnout.
- Los individuos que laboran en la institución menos de 1 año presentan con mayor frecuencia niveles altos en cada una de las esferas que componen en síndrome.

- Los individuos que laboran de 70 a 79 horas semanales presentan los niveles más altos de agotamiento emocional y de despersonalización. Mientras que los que presentan los niveles más bajos de realización personal son los que laboran de 60 a 69 horas semanales.
- Existe una asociación estadísticamente significativa entre estar insatisfecho en cuanto a la satisfacción general y presentar síndrome de burnout en los médicos residentes (χ^2 18.7 $p < 0.05$). Fenómeno que no sucede en las enfermeras.
- La relación entre el agotamiento emocional alto y la insatisfacción intrínseca y extrínseca es más alta en los médicos residentes.
- En los médicos residentes que se encuentran insatisfechos en todas las esferas de satisfacción, existe una baja realización personal, lo que no se presenta en el personal de enfermería.
- Existe una mayor frecuencia en los médicos residentes que se encuentran insatisfechos en las tres esferas de satisfacción con altos niveles de despersonalización (SG 23.1%, SE 26.7% y SI 20%).
- Cuando la satisfacción laboral disminuye, los niveles de agotamiento emocional y despersonalización aumentan y a su vez, cuando la satisfacción laboral aumenta, los niveles de realización personal aumentan.
- El género femenino presenta mayor prevalencia de patrón de conducta tipo A en relación al género masculino (χ^2 6.9 OR=0.4 IC 0.2-0.8 $p < 0.05$).
- En los médicos residentes existe una asociación estadísticamente significativa entre el patrón de conducta tipo A y tener niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, mientras que en las enfermeras la asociación se presenta únicamente con niveles bajos de realización personal.

5.2. RECOMENDACIONES

5.2.1 Institucionales

- Se recomienda presentar el estudio a las autoridades y al personal del Hospital Eugenio Espejo haciendo énfasis en la importancia del problema y de su prevalencia en la institución.
- Recomendar la inclusión de conferencias sobre el tema, dando prioridades a las manifestaciones clínicas, su reconocimiento y prevención en el programa de docencia de la institución.
- Fomentar el estudio permanente del síndrome de burnout, la satisfacción laboral y patrón de conducta en las instituciones de salud, realizándose periódicamente las encuestas respectivas en el personal sanitario y monitorizando sus cambios posteriormente a la implementación de nuevas medidas laborales.
- Incentivar una mejor comunicación entre las autoridades de la institución y el personal para la discusión de los problemas y necesidades que tienen impacto en la satisfacción laboral mediante retroinformación.
- Sugerir la implementación de un programa de actividades lúdicas periódicas dentro de la institución.
- Proponer la distribución de las horas de trabajo semanales de tal forma que no represente una carga excesiva sobre el personal, con la posibilidad de que los mismos participen activamente en este proceso.

- Mejorar el ambiente y los instrumentos de trabajo en las diferentes áreas del hospital con el fin de generar una satisfacción laboral adecuada.
- Proponer la inclusión del síndrome y otras patologías exclusivas de la profesión en las facultades de medicina y enfermería en el pensum de estudios.

5.2.2 Grupales

- Incentivar la búsqueda de actividades de esparcimiento que el personal tenga en común y formar grupos que las practiquen regularmente.
- Fomentar que el equipo de salud se encuentre pendiente de identificar a individuos que presenten el síndrome y formar un grupo de apoyo tomando en cuenta el tipo patrón de conducta del mismo.
- Incentivar una mejor comunicación entre el personal de médicos residentes y el personal de enfermería.
- Gestionar la realización de charlas donde los individuos que conforman el equipo de salud discutan acerca de los problemas que afectan su satisfacción laboral y busquen soluciones para los mismos.
- Proponer la implementación de programas de inducción para el personal nuevo, donde el mismo pueda sentir comodidad, despeje dudas acerca de sus responsabilidades y encuentre un ambiente donde sus opiniones son escuchadas.

5.2.3 Individuales

- Incentivar la autoeducación sobre el síndrome a los individuos que forman parte del equipo de salud y a los estudiantes de medicina y enfermería mediante charlas y la exposición de los resultados del presente estudio a los mismos.
- Promover la realización permanente de actividades de esparcimiento.
- Identificar las causas intrínsecas de insatisfacción laboral y sus respectivas soluciones.
- Incentivar actitudes encaminadas a mejorar la comunicación con el personal de la institución que no pertenece a su misma profesión.
- Incentivar la auto identificación del tipo de personalidad y una vez identificada aprender de técnicas de afrontamiento al estrés.
- Fomentar el interés por mejorar la calidad de vida de los pacientes a quienes se atiende, evitando actitudes que llevan a la despersonalización.

CAPITULO VI

ANEXOS Y BIBLIOGRAFÍA

6.1. ANEXOS

6.1.1. ANEXO 1 Tabla.Datos de Síndrome de Burnout y servicio en médicos residentes y enfermeras del Hospital Eugenio Espejo junio-julio

	Agotamiento Emocional			X ²	Realización Personal			X ²	Despersonalización			X ²
	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>		<i>Baja</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>		<i>Alta</i>	<i>Media</i>	<i>Baja</i>	
	FR/%	FR/%	FR/%		FR/%	FR/%	FR/%		FR/%	FR/%	FR/%	
Emergencia	11 (27.5%)	10 (25%)	19 (47.5%)		3 (7.5%)	9 (22.5%)	28 (70%)		8 (20%)	12 (30%)	20 (50%)	
Oncología	3 (37.5%)	-----	5 (62.5%)		-----	2 (25%)	6 (75%)		1 (12.5%)	1 (12.5%)	6 (75%)	
Neurología	3 (23.1%)	4 (30.8%)	6 (46.2%)		1 (7.7%)	5 (38.5%)	7 (53.8%)		4 (30.8%)	3 (23.1%)	6 (46.2%)	
Neurocirugía	2 (20%)	3 (30%)	5 (50%)		1 (10%)	1 (10%)	8 (80%)		1 (10%)	3 (30%)	6 (60%)	
Nefrología	5 (38.5%)	3 (23.1%)	5 (38.5%)		4 (30.8%)	4 (30.8%)	5 (38.5%)		1 (7.7%)	2 (15.4%)	10 (76.9%)	
Pediatría	4 (36.4 %)	3 (27.3 %)	4 (36.4 %)		-----	3 (27.3%)	9 (72.7 %)		6 (54.5 %)	-----	5 (45.5 %)	
Gastroenterología	2 (50%)	-----	2 (50%)		-----	-----	4 (100%)		2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	
Urología	3 (42.9%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)		1 (14.3%)	-----	6 (85.7%)		3 (42.9%)	1 (14.3%)	3 (42.9%)	
Neumología	7 (35%)	3 (15%)	10 (50%)	51*	3 (15%)	4 (20%)	13 (65%)	49.8	9 (45%)	4 (20%)	7 (35%)	51
C. Maxilofacial	-----	1 (33.3%)	2 (67.7%)		1 (33.3%)	-----	2 (66.7%)		-----	1 (33.3%)	2 (67.9%)	
Anestesiología	2 (25%)	5 (62.5%)	1 (12.5%)		-----	1 (12.5%)	7 (87.5%)		3 (37.5%)	-----	5 (62.5%)	
Ginecología	3 (27.3%)	3 (27.3%)	5 (45.5%)		-----	2 (18.2%)	9 (81.8%)		3(27.3%)	3 (27.3%)	5 (45.5%)	
ORL	1 (14.3%)	-----	6 (85.7%)		1 (14.3%)	-----	6 (85.7%)		1 (14.3%)	1 (14.3%)	5 (71.4%)	
Proctología	1 (100%)	-----	-----		-----	-----	1 (100%)		1 (100%)	-----	-----	
C. Vascular	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)		-----	-----	4 (100%)		2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	
C. Cardíaca	1 (50%)	1 (50%)	-----		-----	-----	2 (100%)		-----	2 (100%)	-----	
Hematología	1 (50%)	-----	1 (50%)		-----	-----	2 (100%)		1 (50%)	-----	1 (50%)	
M. Interna	10 (55.6%)	1 (5.6%)	7 (38.9%)		3 (16.7%)	3 (16.7%)	12 (66.7%)		8 (44.4%)	1 (5.6%)	9 (50%)	
C. General	4 (25%)	2 (12.5%)	10 (62.5%)		1 (6.3%)	6 (37.5%)	9 (56.3%)		4 (25%)	4 (25%)	8 (50%)	
C. Plástica	3 (16.7%)	3 (16.7%)	12 (66.7%)		1 (5.6%)	1 (5.6%)	16 (88.9%)		2 (11.1%)	2 (11.1%)	14 (77.8%)	
UCI	7 (19.4%)	7 (19.4%)	22 (61.1%)		7 (19.4%)	12 (33.3%)	17 (47.2%)		7 (19.4%)	11 (30.6%)	18 (50%)	
Traumatología	1 (6.3%)	5 (31.3%)	10 (62.5%)		-----	2 (12.5%)	14 (87.5%)		5 (31.3%)	3 (18.8%)	8 (50%)	
CCT	-----	2 (22.2%)	7 (77.8%)		-----	3 (33.3%)	6 (66.7%)		3 (33.3%)	2 (22.2%)	4 (44.4%)	
Cardiología	5 (33.3%)	1 (6.7%)	9 (60%)		1 (6.7%)	3 (20%)	11 (73.3%)		3 (20%)	2 (13.3%)	10 (66.7%)	

* Valor significativo p< 0.05

Fuente: datos de la encuesta Elaborada: los autores

6.1.2. ANEXO 2

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT CON LA SATISFACCIÓN LABORAL Y EL PATRÓN DE CONDUCTA EN EL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

INTRODUCCIÓN

El presente cuestionario tiene como propósito obtener información sobre el nivel de Síndrome de Burnout, Satisfacción laboral y patrón de conducta en médicos y enfermeras; a fin de que se formulen las medidas preventivas para fomentar el bienestar integral del equipo de salud. Por ello se le solicita responder las siguientes preguntas con veracidad. Se guardará absoluta confidencialidad. Agradecemos anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de enunciados a los cuales usted deberá responder marcando con una X de acuerdo a lo que considere adecuado.

I. DATOS GENERALES

1. Servicio donde labora: Emergencia ☐ Cardiología ☐ Medicina interna ☐
Cirugía General ☐ Unidad de Quemados ☐ Cuidados intensivos ☐ Traumatología ☐

Otro especifique _____

2. Edad _____ Fecha de nacimiento: _____

3. Género: Femenino _____ Masculino _____

4. Estado civil: Solter@ _____ Casad@ _____ Unión libre _____ Divorciad@ _____ Viuda _____

5. Tiempo de servicio en la institución:

Menos de seis meses

Menos de 1 año

1 año a 3 años

4 años a más

6. Tiempo que labora en el servicio:

Menos de seis meses

Menos de 1 año

1 año a 3 años

4 años a más

7. Situación laboral: Residente asistencial ☐
Enfermera con contrato ☐

Residente postgradista ☐
Enfermera con nombramiento ☐

8. Cuantas horas labora semanalmente (contar las horas q labora en la institución o fuera de esta)

40-49

50-59

60-69

70-79

80 o mas

9. Trabaja en otra institución: Si () No () Especifique _____

10. Presenta alguna de las siguientes patologías

HTA () Lumbalgia () Enf. Acido péptica () Migraña ()

Artrosis () Depresión () Insomnio () Alergias () Otras

especifique: _____

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de enunciados a los cuales usted deberá responder marcando con un X de acuerdo a lo que considere adecuado.

Nunca 0

Pocas veces al año 1

Una vez al mes 2

Unas pocas veces al mes 3

Una vez a la semana 4

Pocas veces a la semana 5

Todos los días 6

		Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
		0	1	2	3	4	5	6
AE	1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo en el servicio							
AE	2. Cuando termino mi jornada en el servicio me siento agotado							
AE	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento cansada							
RP	4. Siento que puedo entablar relaciones con los pacientes fácilmente							
D	5. Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales							
AE	6. Siento que trabajar todo el día con pacientes me cansa							
RP	7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
AE	8. Siento que el trabajo que realizo todos los días me cansa							
RP	9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
D	10. Siento que me he vuelto mas duro con la gente							
D	11. Me preocupa que este trabajo me este endureciendo emocionalmente							
RP	12. Me siento con mucha energía al realizar mi trabajo							
AE	13. Me siento frustrado por mi trabajo							
AE	14. Siento que dedico demasiado tiempo en mi trabajo							
D	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes							
AE	16. Siento que el trabajar en contacto directo con los pacientes me cansa							
RP	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes							
RP	18. Me siento estimulado después de haber trabajado con							

	mis pacientes							
RP	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo							
AE	20. Me siento como si estuviera al limite de mis posibilidades							
RP	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
D	22. Me parece que los pacientes me culpan de sus problemas							

Atendiendo a cómo usted se siente respecto a distintos aspectos en el ámbito de su trabajo, se presentan varias opciones (de Muy Insatisfecho a Muy Satisfecho) entre las que usted se posicionará, marcando con una X aquella casilla que mejor represente su parecer.

Muy insatisfecho 1

Moderadamente satisfecho 5

Insatisfecho 2

Satisfecho 6

Moderadamente insatisfecho 3

Muy satisfecho 7

Ni satisfecho, ni insatisfecho 4

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Moderadamente insatisfecho	Ni satisfecho Ni insatisfecho	Moderadamente satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
	1	2	3	4	5	6	7
1. Con las condiciones físicas del trabajo te sientes							
2. Con la libertad para elegir tu propio método de trabajo te sientes							
3. Con la relación con tus compañeros de trabajo te sientes							
4. Con el reconocimiento que obtienes por el trabajo bien hecho te sientes							
5. Con tu superior inmediato te sientes							
6. Con la responsabilidad que se te ha asignado te sientes							
7. Con tu salario te sientes							
8. Con la posibilidad de utilizar tus capacidades te sientes							
9. Con las relaciones entre dirección y los trabajadores del hospital							
10- Tus posibilidades de ascender en la jerarquía .							
11- El modo en que el hospital está organizado.							
12- La atención que se le presta a las sugerencias que haces.							
13- Tu horario de trabajo.							
14- La variedad de tareas que realizas en tu trabajo.							
15- La estabilidad de tu empleo.							

6.2. BIBLIOGRAFÍA

- Bernaldo de Quirós-Aragón, Mónica; Labrador-Encinas, Francisco Javier Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. Asociación Española de Psicología Conductual Granada. International Journal of Clinical and Health Psychology, vol. 7, núm. 2, 2007, pp. 323- 335
- Braham, B. (1999). *Como controlar el estrés y mantener la calma en situaciones difíciles*. Madrid, España. Ediciones Time Mirror de España S.A.
- Carmona F, Sanz L, Marín D. Síndrome de burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados críticos. 2001. [Sitio en internet]. Disponible en <http://www.spci.org>.
- Cary L Cooper. El comportamiento propenso al estrés: la personalidad de tipo A http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9243561022_spa_Part3-4.pdf
- Cano Vindel Antonio, la naturaleza del estrés, consecuencias, SEAS, 2002, sociedad española para el estudio de la ansiedad y estrés
- Cordes, C. Y dougherty, T. (1993) “A Review And An Integration Of Research On Job Burnout”, The Academy of Management Review, Vol. 18, N° 4, pgs. 621 – 657
- Corredor Pulido, M.; , J. Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. Junio 26 de 2009
- Davidson M, . J. & VENO, A . Stress and the policeman. En: Cooper. C. L. & Marshall, J., ed. White collar and professional stress. Chichester, Nueva York, Brisbane y Toronto. Wiley, 1980. pp. 131-166.
- Dembroski I, M. ET AL. Components of the psychosocial performance challenge.
- Journal of behavioral medicine, 1 : 159-176 (1978).
- Dolan S.L., Díez M., “¿es el burnout un riesgo laboral emergente?”, Gestión Práctica de Riesgo Laborales, Febrero 2005 (13): 18-22.
- Doval, Y., Moleiro, O., Rodríguez, R. (2004). *Estrés Laboral, Consideraciones Sobre Sus Características Y Formas De Afrontamiento*. (en línea)

http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-gonro01_1.htm

- Frideman M. y Rosenman R, 1974, Type A behavior and your heart. New York: Knopf.
- Freudenberger H. Staffburn-out. Journal of social issues 1974; 30: 159-166.
- García-Ramos Martina, Luján-López María Elena, Martínez-Corona María De Los Ángeles. Satisfacción Laboral Del Personal De SaludRevEnfermInstMex Seguro Soc 2007; 15 (2): 63-72.
- García Claudia Rodríguez , Oviedo Ana María , Vargas Santillán María de Lourdes , Hernández Velázquez Violeta , Pérez FiescoMaría del Socorro. Fundamentos en humanidades, ISSN 1515-4467, N°. 19, 2009 , págs. 179-193
- Gil-monte, P. Y peiró, J. (1999) “Perspectivas Teóricas y Modelos Interpretativos Para el Estudio del Síndrome de Quemarse por el Trabajo”, Anales de Psicología, Vol. 15 N° 2, pgs. 261-268
- Ibarra CMG. La calidad del servicio de enfermería. Rev Desarrollo Científico de la Enfermera 1995;2:18-26. Fernández, B. (2002). "Nivel de satisfacción de las enfermeras de los hospitales públicos y privados de la Provincia de Concepción, Chile, 2002". Tesis Magister. Universidad de Concepción, Chile.
- Ivancevich, J. M., & Matteson, M. T. (1992). *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial* ([2a. ed.]. México, [etc.]: Trillas.
- INSHT (2006). NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout (II): Consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Jaime Alarid H, Irigoyen CA. 1985. Fundamentos de Medicina Familiar. Editorial Francisco Méndez Cervantes. México, D.F.
- Leiter, M.P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on Burnout and organizational commitment. Journal of OrganizationalBehavior, 9, 297-308.

- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), Professional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis. 237-250.
- Llaneza Álvarez Javier. Ergonomía y psicosociología aplicada. Lex Nova. Pag. 452-453.
- Mansilla Izquierdo, Fernando. Estrés Laboral (En línea) http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo3_4.shtml
- Martín, Ma José, Nadine Riesco Sáinz, Psicólogas adjuntas. Servicio de Psiquiatría. Hospital Mutua de Terrassa, Barcelona. España.
- Martínez, A. y Del Castillo, C. (2003). "Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina". Revista de Atención Primaria. 32 (6). España
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 2, 99113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981) The Maslach Burnout Inventory. Research Edition,. Palo Alto, C.A. : Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analysing a complex phenomenon. En WS Paine (Ed). Job stress and burnout. Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1982) Burnout in health professions: a social psychological analysis En G. Sanders y J. Suls, (Eds) Social psychology of health and illness Hillsdale,N.J: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984) Burnout in organizational settings. En S Oskamp (Ed) Applied Social Psychology Annual 5. Beverly Hills,CA: Sage.
- Maslach, C. y Schaufeli, W. B. (1993) Historical and Conceptual Development of Burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). Professional burnout: recent Developments in Theory and research.. London: Taylor and Francis:
- Maslach, C. y Jackson, S.E., Leiter, M. P. (1996) The Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, C.A. : Consulting Psychologist Press.
- Maslach, CH., y Jackson, S. (1997). MBI Inventario “burnout” de Maslach. Madrid: Tea Ediciones.

- Maslach C. Understanding Burnout definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: Paine: Job, Stress and Burnout. Beverly Hills: Sage, 1982. Satisfacción laboral. [en línea] [http:// www.monografias.com/trabajos7/salab/salab.shtml](http://www.monografias.com/trabajos7/salab/salab.shtml).
- Organización Mundial de la Salud. http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf
- Ortega Ruiz y López Rios. *Burnout* en profesionalessanitarios. International Journal of Clinical and Health Psychology ISSN 1576-7329 2004, Vol. 4, No 1, pp. 137-160
- Pacheco QL, Martínez HME, Alva CMG, Ibarra RMA. Grado de satisfacción del personal de enfermería en unidades de medicina familiar. RevEnferm IMSS 1994;6(1):33-36.
- Peiró, J.M. (2005). El síndrome de burnout. Ed. Pirámide. Madrid
- Peralta, K. y Pozo, S. (2006). "Factores asociados al síndrome de burnout en el equipo de salud asistencial del Hospital de Apoyo Huanta". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga
- Pose, G. (2005). *Estrés En La Evaluación Institucional*. (en línea) <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/index.php/345577>
- Ramos, A. y Domínguez, J. (2006). "Prevalencia de burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria de Burgos". Revista de atención primaria. 38. España
- Reyes, T., Díaz, C., Reyes. Prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes de los post-gradados de medicina. Revista Médica de los Postgrados de Medicina UNAH Vol.10 No.1 Enero-Abril 2007
- Rivero, Edgard. Dirección De Salud IV Lima Este Dirección Ejecutiva De Salud Ambiental . " Prevalencia De Estrés Laboral En Trabajadores Asistenciales De La Dirección De Salud IV Le
- Rodríguez García, Claudia, Oviedo, Ana María, Vargas, Maria de Lourdes, Violeta Hernández Velázquez, María del Socorro Pérez Fiesco. Fundamentos en humanidades, ISSN 1515-4467, N°. 19, 2009 , págs. 179-193

- Romero, C., León, R. (1989). Conducta tipo A: Un estudio en un grupo de estudiantes en una zona de Lima (Perú). *Revista Latinoamericana de Psicología*. 21, 349-362.
- Rosenman r, . H. ET AL. A predictive study of coronary heart disease: the WesternCollaborative Group Study. *Journal of the Arnencan Medical Assoc/ation*, 1964, 189 : 15-26.
- Rosenman R,. H. ET AL Coronary heart disease in the Western Collaborative GroupStudy. *Journal of the American Medical Association*, 1966, 195 : 86-92.
- Rosenman R,. H. Type A behavior and ischernic heart disease. *Kargergazette*, 37:1-8 (1 978).
- Roth, Eric y Pinto, Bismarck .Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz Burnout Syndrome
- Sánchez A, De Lucas N, García M, S-nchez C, Jiménez J, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Rev Emerg* 2001;(13):170-175.
- Satisfacción laboral. [en línea] [http:// www.monografias.com/trabajos7/salab/salab.shtml](http://www.monografias.com/trabajos7/salab/salab.shtml).
- Schuster, B. (2002). Mobbing, bullying and peer. *American Psychological Association*. <http://www.apa.org/psa/julaug96/sb.html>. 1-10.
- Schwartz, J.;Rizzo, J. y Kettley, J. (1993). Surviving a violent tragedy: Preventing post traumatic stress response through early intervention.
- Slipack, O. E. (1996). ***Estrés Laboral*** (en líne) http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm
- Sosa Oberlin, Evelyn Noelia . Frecuencia de los síntomas del Síndrome de *Burnout* en Profesionales Médicos. *Rev. Méd. Rosario* 73: 12 - 20, 2007
- Spielberger, Charles D. Reheiser Eric C., ESTRES LABORAL EN LOS PROFECIONALES DE SALUD,(1998) *Revista de Psicología* - Vol. III Nº 3 Julio
- Vallejo Ruiloba Julio. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Elsevier. España. Pag. 104

- Verdinelli C, André S, Iriso M y col. Síndrome de Burnout en médicos residentes de la ciudad de Bahía Blanca. Libro de resúmenes XIII Congreso Nacional de Medicina 2004. Comunicaciones Libres C-05-05.
- Warr PB, Cook JD, Wall TD. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological wellbeing. J OccupPsychol 1979;(52):129-148.
- Ybema, J. F., Smulders, P., y Bongers, P. (2003). The Reciprocal Relationship Between Job Satisfaction, Burnout and Absence Behaviour. Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health. CD-ROM "Work Stress & Health: New Challenges in a Changing Workplace". Toronto.